

Katamnese einer Psychotherapiestudie zur  
Behandlung komplizierter Trauer mit integrativer  
kognitiver Verhaltenstherapie

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie  
an der Ludwig-Maximilians-Universität  
München

vorgelegt von  
Helga Bartl

München, 2015

1. Gutachter: Prof. Dr. Rita Rosner
2. Gutachter: Prof. Dr. Markos Maragkos
3. Gutachter: Prof. Dr. Frank Padberg

Tag der mündlichen Prüfung: 27. Januar 2015

*Für Niko*

## *Danksagung*

*Ich möchte mich bei Allen bedanken, die in irgendeiner Weise dazu beigetragen haben, dass ich den Mut, die Kraft und die Fähigkeit aufbringen konnte, um mich an dieses Projekt heranzuwagen und es erfolgreich zu bewältigen!*

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung (Abstract) .....	VIII
----------------------------------	------

## Teil I Theoretischer Hintergrund

1. Einleitung .....	2
1.1 Tod und Trauer .....	2
1.1.1 Tod – endgültiger Abschied und Stressfaktor „Nummer Eins“ .....	2
1.1.2 Äußerungen der Trauer .....	3
1.1.3 Die Bindungstheorie zur Erklärung von Trauer .....	5
1.2 Komplizierte Trauer .....	7
1.2.1 Ist Trauer eine Krankheit?.....	7
1.2.2 Erscheinungsbild und vorläufige Diagnosekriterien.....	9
1.2.3 Prävalenz .....	12
1.2.4 Diagnostik.....	13
1.2.5 Komorbidität und Differentialdiagnosen .....	14
1.2.6 Risiko- und Schutzfaktoren .....	16
1.2.7 Psychophysiologie und Neurobiologie .....	21
1.2.8 Störungsmodelle.....	22
1.2.9 Verlauf und Prognose .....	27
1.3 Therapie der komplizierten Trauer .....	32
1.3.1 Ergebnisse von Meta-Analysen und Übersichtsartikeln .....	32
1.3.2 Beschreibung einzelner Therapie-Wirksamkeitsstudien .....	37
1.3.3 Fazit .....	51
1.4 Weitere Aspekte der Psychotherapieforschung .....	54
1.4.1 Prädiktoren des Therapieerfolgs.....	54
1.4.2 Katamnesestudien .....	56
1.5 Ziele, Forschungsfragen und Hypothesen .....	58
1.5.1 Zielsetzung .....	58
1.5.2 Hypothesen .....	59
1.5.3 Explorativ zu untersuchende Forschungsfragen .....	63

## Teil II Empirische Untersuchung

2. Methode .....	65
2.1 Ziele der Studie .....	65
2.2 Die Therapie-Wirksamkeitsstudie (Basis-Studie) .....	65
2.2.1 Die Institution.....	65
2.2.2 Allgemeiner Studienablauf und Studiendesign.....	66
2.2.3 Das Therapieverfahren .....	70
2.3 Die Katamnese-Studie.....	76
2.3.1 Ablauf und Design .....	76
2.3.2 Teilnehmer der Untersuchung .....	79
2.4 Diagnostische Instrumente .....	85
2.4.1 Soziodemographische Erhebung.....	85
2.4.2 Nachbefragungsbogen .....	85
2.4.3 Klinische Interviews .....	86
2.4.4 Klinische Fragebögen .....	91
2.5 Auswertung der Daten .....	95
2.5.1 Allgemeine Anmerkungen zur Datenauswertung .....	95
2.5.2 Untersuchung der Voraussetzungen für die Anwendung parametrischer statistischer Analyseverfahren .....	96
2.5.3 Umgang mit fehlenden Werten .....	98
2.5.4 Statistische Auswertung der Hypothesen und explorativen Fragen.....	99
3. Ergebnisse.....	104
3.1 Überprüfung der Normalverteilung.....	104
3.2 Erste Vergleiche .....	105
3.2.1 Follow-Up-Completer vs. Lost-to-Follow-Up .....	105
3.2.2 Behandlungsgruppe vs. Wartegruppe .....	107
3.2.3 Therapie-Completer vs. Dropouts.....	108
3.3 Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung.....	110
3.3.1 Primärkriterium: Komplizierte Trauer .....	110
3.3.2 Sekundärkriterium: Allgemeine psychopathologische Belastung .....	122
3.3.3 Tertiärkriterien: Posttraumatische Belastung und Reifung.....	126

3.4 Ergebnisse der explorativen Fragestellungen .....	133
3.4.1 Prädiktoren des Therapieerfolgs .....	133
3.4.2 Auswertung des Nachbefragungsbogens .....	142
4. Diskussion.....	155
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	155
4.2 Interpretation und Einordnung der Ergebnisse.....	156
4.2.1 Primärkriterium Komplizierte Trauer .....	156
4.2.2 Sekundär- und Tertiärkriterien .....	161
4.2.3 Prädiktoren des Therapieerfolgs .....	164
4.2.4 Ergebnisse des Nachbefragungsbogen .....	168
4.3 Einschränkungen der Untersuchung .....	170
4.4 Schlussfolgerungen .....	172
Literaturverzeichnis .....	174
Anhang .....	198
Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis .....	199
Anhang 2: Verzeichnis englischsprachiger Ausdrücke .....	200
Anhang 3: Abbildungsverzeichnis .....	201
Anhang 4: Tabellenverzeichnis .....	203
Anhang 5: Flyer der Therapiestudie zur Komplizierten Trauer.....	205
Anhang 6: Postalisches Anschreiben an die Studienteilnehmer .....	206
Anhang 7: Nachbefragungsbogen.....	207
Anhang 8: Interview zur Komplizierten Trauer (IKT-13).....	213

# Zusammenfassung (Abstract)

**Theoretischer Hintergrund.** Der Tod eines nahestehenden Menschen kann nicht immer problemlos verarbeitet werden und verursacht mitunter Trauerverläufe, die sich kompliziert gestalten und krankheitswertige Symptome hervorrufen (*Komplizierte Trauer*; KT). In Anbetracht der negativen Folgen für Gesundheit und Lebensqualität ist hier eine professionelle Intervention angezeigt. Aus der Zusammenschau bisheriger Forschungsergebnisse kann trauerspezifische Psychotherapie als die Behandlungsmethode der Wahl bezeichnet werden, wobei diesbezügliche Forschung noch weiterer Bemühungen bedarf. Dazu soll die vorliegende Untersuchung beitragen, indem sie den längerfristigen Therapieerfolg einer neu entwickelten, integrativen kognitiven Verhaltenstherapie für komplizierte Trauer (IKVT-KT) evaluiert.

**Methode.** Die 51 Studienteilnehmer, von denen 37 die IKVT-KT vollständig durchlaufen hatten und 14 vorzeitig ausgeschieden waren, wurden rund 18 Monate nach Therapieende bzw. Dropoutzeitpunkt zu einer Nachuntersuchung eingeladen. Als primäre Outcome-Variable dienten Schweregrad und Diagnose einer KT, als sekundäre die allgemeine psychische Belastung und als tertiäre posttraumatische Belastung sowie Reifung. Die ursprüngliche Wartegruppe wurde mit der Behandlungsgruppe zu einer Gesamtstichprobe zusammengelegt, da sie im Anschluss an die Wartezeit ebenfalls die Behandlung erhalten hatte.

**Ergebnisse.** Die bereits während der Therapiephase deutlich rückgängige Trauersymptomatik konnte von den nachuntersuchten Therapie-Completern (*Therapie+Katamnese-Completer*) im Verlauf des Katamnesezeitraums nicht nur beibehalten, sondern tendenziell noch weiter verringert werden. Über den Gesamtstudienzeitraum war ihr Symptomrückgang somit sehr stark ausgeprägt ( $d = 2.22$ ) und der Gruppe der nachuntersuchten Therapieabbrecher/-ablehner (Dropouts) deutlich überlegen, was auch im Rahmen von ITT-Analysen bestätigt werden konnte. Eine Remission im Sinne des Ablegens der KT-Diagnose erlangten bis zur Katamnese 92% der Therapie+Katamnese-Completer und 68% der ITT-Stichprobe, eine sowohl statistisch reliable als auch klinisch bedeutsame Symptomverbesserung war für 65% bzw. 49% der Fall. Außerdem konnten die während der Therapiephase erzielten Symptomrückgänge in allgemeiner psychischer und in posttraumatischer Belastung sowie der erlangte Zuwachs an posttraumatischem Wachstum von den Therapie+Katamnese-Completern während des Katamnese-Intervalls aufrechterhalten werden. Als Prädiktoren des längerfristigen Therapieerfolgs im Sinne des Rückgangs der Trauersymptomschwere erwiesen sich für die Completer eine natürliche Todesursache, eine geringere Anzahl zwanghafter Persönlichkeitsmerkmale und ein größerer Zeitabstand zum Verlust.

**Schlussfolgerungen.** Die IKVT-KT konnte nach einer bereits im Vorfeld erfolgten Evaluation des kurzfristigen Behandlungseffektes im Rahmen der vorliegenden Follow-Up-Studie nun auch ihre längerfristige Wirksamkeit bestätigen. Angesichts der relativ schwer belasteten und mehrfach komorbiden Stichprobe ist dies ein für die klinische Versorgung psychisch kranker Menschen äußerst relevantes und vielversprechendes Ergebnis.



Teil I

Theoretischer Hintergrund

# 1. Einleitung

## 1.1 Tod und Trauer

### 1.1.1 Tod – endgültiger Abschied und Stressfaktor „Nummer Eins“

...

*Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde  
Uns neuen Räumen jung entgegen senden,  
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden ...  
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!*  
(Hermann Hesse)

Unabhängig davon, ob ein Hinterbliebener an eine Weiterexistenz nach dem Tode glaubt oder nicht, muss doch immer von der bisher gewohnten, körperlichen Daseinsform des Verstorbenen und der daran gebundenen Art der Beziehung zu ihm Abschied genommen werden – und zwar endgültig. Dieser Prozess des Loslassens und Verabschiedens ist in der Regel schmerzhaft und schwierig, vor allem wenn es sich bei dem Verstorbenen um eine nahestehende Person handelt. Man nennt ihn *Trauer*. Doch hängt das „Gesunden“ – wie Hermann Hesse es in oben zitiertem, letztem Abschnitt seines Gedichts „Stufen“ nennt – eng damit zusammen, dass der Abschied, zumindest von der körpergebundenen Form des Angehörigen, endgültig vollzogen und der physische Tod akzeptiert wird.

Dieser Loslösungs-Prozess kann ein hohes Maß an Stress hervorrufen, was bereits im Rahmen der frühen *Life-Event-Forschung* durch Befragungen objektiviert wurde: Die *Social Readjustment Rating Scale* von Holmes und Rahe (1967) führt der Tod des Ehepartners mit 100 sogenannten *Life Change Units* (LCU) mit deutlichem Abstand an. Das heißt, dieses kritische Lebensereignis ist mit hohem Stresserleben und enormen Anpassungsschwierigkeiten an die neuen Lebensumstände ohne die verstorbene Person verbunden. An fünfter Stelle dieser Liste steht der Tod eines anderen nahen Familienmitgliedes (63 LCU), an siebzehnter der Tod eines engen Freundes (37 LCU). Der Tod eines eigenen Kindes ist darin nicht aufgeführt, da er bereits in dem für die Studie vorgesehenen Fragebogen nicht mit enthalten war; er kann aber mindestens als ebenso gravierend wie der Tod des Partners eingestuft werden.

Dass akute Trauer aus diesem Grund auch eine starke biologische Stressreaktion mit erhöhter Ausschüttung von Katecholaminen und Kortisol hervorruft, konnte mittlerweile gut nachgewiesen werden (Gerra et al., 2003; Jacobs et al., 1986, 1987; Nicolson, 2004). Als besonders starken Stress auslösende Faktoren können dabei neben

dem schmerzhaften Abreißen der bisherigen Form von Bindung an den Verstorbenen das eventuelle Vorliegen traumatischer Todesumstände sowie das Bewusstwerden der Endlichkeit des Lebens – und damit auch der eigenen Sterblichkeit – angesehen werden.

### 1.1.2 Äußerungen der Trauer

Die Reaktion auf dieses besondere Stress-Ereignis des Todes eines nahestehenden Menschen kann sowohl individuell als auch kulturell sehr unterschiedliche Gestalt annehmen (zu kulturspezifischen Besonderheiten siehe z.B. Rosenblatt, 2008, 2013). Deshalb kann es auch keine allgemeingültige Definition von „normaler“ Trauer geben, und die sogenannten *Mythen der Trauerbewältigung* gelten als überholt (Wortman & Silver, 1989). Ebenso haben die über lange Zeit hinweg allgemein anerkannten Phasen- oder Stufenmodelle der Trauer (z.B. Bowlby, 2006/1980; Kübler-Ross, 2009/1969), die das chronologische Durchleben voneinander abgrenzbarer Trauerphasen beschreiben, zumindest innerhalb der wissenschaftlichen Literatur ihren früher erheblichen Einfluss verloren, da sie sich empirisch nicht überzeugend genug bestätigen ließen (Barrett & Schneewis, 1980-1981; Bonanno & Boerner, 2007; Holland & Neimeyer, 2010; Silver & Wortman, 2007; Stroebe, Hansson, Schut & Stroebe, 2008). In neueren Veröffentlichungen ist man sich unter Forschern weitgehend einig, dass die emotionale Verfassung von Trauernden individuell beträchtlich variiert und der zeitliche Verlauf von Trauer eher verschiedene Trajektorien aufzuweisen scheint, als Stufen oder Phasen (Bonanno, 2004; Stroebe et al., 2008).

Dennoch lässt sich nicht abstreiten, dass die Trauerreaktion in der Regel bestimmte, häufig vorkommende psychische Zustände durchläuft, welche allerdings nicht in einer vorgegebenen Reihenfolge, Dauer und Intensität ablaufen müssen, sondern auch nebeneinander bestehen, in schnellem Wechsel erfolgen oder sogar ganz ausbleiben können. So beinhaltet der natürliche Trauerprozess oftmals eine Art des Betäubtseins und der Fassungslosigkeit bezüglich des Todes, eine Vielzahl meist negativer emotionaler Zustände und schließlich eine schmerzhaftes Anerkennung des Verlustes und dessen endgültige Integration in die eigene Biographie.

Die psychischen und physischen Folgereaktionen sind vielfältig und resultieren vor allem aus dem Trennungsschmerz und einer allgemeinen Stressreaktion, aber auch aus der Erschütterung des bisherigen Welt- und Selbstbildes und Anpassungsproblemen an die neue Lebenssituation. Die folgenden Ausführungen sind, wo nicht anders angegeben, den Schilderungen von Dominick et al. (2009-2010), Stroebe, Schut und Stroebe (2007), Worden (2011) sowie Znoj und Maercker (2008) entnommen.

*Emotionale Ebene.* Manchmal kann, insbesondere kurz nach dem Todesereignis bzw. der Todesnachricht, eine Art Gefühllosigkeit oder emotionale Taubheit vorliegen, die an einen Dissoziations- oder Schockzustand erinnert. Anschließend (oder abwechselnd) treten meist verschiedenste negative Gefühlszustände unterschiedlicher Intensität auf. Besonders typisch sind Gefühle der Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Leere, Einsamkeit und Sehnsucht. Aber auch Ängste, Wut, Feindseligkeit und Schuldgefühle sind häufig. Ebenso können aber auch positive Gefühle, wie Erleichterung, Frieden und Befreiung vorhanden sein. Problematisch wird der Zustand dann, wenn es zu einem „Gefühlschaos“ kommt, die emotionalen Regulationsmechanismen nicht mehr greifen und die affektive Lage außer Kontrolle gerät.

*Kognitive Ebene.* Häufig kommt es zu einer intrusiven Belagerung mit Gedanken an den Verstorbenen und zum Ruminieren, aber auch die Verleugnung und das Nicht-wahrhaben-Wollen des Todes sind nicht selten. Selbstvorwürfe können zu belastenden Schuldgefühlen und einer Verminderung des Selbstwertgefühls führen. Manchmal werden auch Halluzinationen in Form des Hörens der Stimme, Sehens der Gestalt oder Fühlens der Präsenz des Verstorbenen erlebt. Kritisch sind Gedanken der Hoffnungslosigkeit, die in Suizidgedanken und schließlich auch in suizidale Handlungen münden können (Stroebe, Stroebe & Abakoumkin, 2005). Oftmals sind das Gedächtnis und die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt, die Gedanken scheinen zu rasen oder aber es herrscht Gedankenleere. Viele versuchen durch eine Rationalisierung des Todes den Verlust leichter ertragen zu können.

*Psychomotorik und Verhalten.* Es können sich Ruhelosigkeit, Überaktivität oder aber auch Antriebslosigkeit und Apathie einstellen. Manche Trauernde beginnen den Verstorbenen zu suchen. Viele weinen oder schluchzen häufig oder zeigen ein hysterisches Verhalten. Oft ist ein starkes Bedürfnis nach sozialem Rückzug vorhanden. Um den meist sehr unangenehmen oder schmerzhaften emotionalen, kognitiven und körperlichen Zuständen zu entfliehen, wird häufig auf ein Vermeidungs- oder Betäubungsverhalten zurückgegriffen. Neben der Vermeidung von bestimmten Situationen, Personen oder Orten, die an den Verlust erinnern, kann der Trauerschmerz auch durch die Einnahme von Medikamenten, den Konsum von Alkohol und Drogen oder eine extensive Reizsuche, verbunden mit erhöhtem Risikoverhalten, auf dysfunktionale Art und Weise verringert werden. Oftmals dienen auch Aktivitäten, die eine ständige Verbindung zu dem Verstorbenen herstellen sollen, wie z.B. häufige Grabbesuche oder das Beisichtragen von Gegenständen des Verstorbenen, dem Zweck, die Realität des Verlustes zu verdrängen und damit dessen negative Folgezustände zu vermeiden.

*Körperliche Ebene.* Es ist von einem generellen Risiko eines verschlechterten Gesundheitszustandes auszugehen. Häufig kommt es zu Müdigkeit und Erschöpfung, zu Anspannung, Appetitverlust, Schlafstörungen und multiplen körperlichen Beschwerden, wie Schmerzen, Schwindel, Beklemmungen in der Brust, zugeschnürter Kehle, „Stein im Magen“, Atemnot und Muskelschwäche. Mitunter erlebt der Hinterbliebene auch ähnliche körperliche Beschwerden, wie sie der Verstorbene hatte. Das Immunsystem ist vor allem durch eine gestörte T-Zellen-Funktion geschwächt (Bartrop, Luckhurst, Lazarus, Kiloh & Penny, 1977), was die Infektionsanfälligkeit ganz allgemein erhöht. Es treten auch gehäuft verschiedene Krankheiten auf, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Herzinfarkt (Buckley et al., 2011, 2012; Mostofsky et al., 2012), und die Mortalität ist erhöht (Kaprio, Koskenvuo & Rita, 1987; Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2003; Sullivan & Fenelon, 2014). Einen Überblick über physiologische Veränderungen infolge eines Verlusterlebens geben z.B. Hall und Irwin (2001).

*Existenzielle Ebene.* Es können sich auch plötzlich existentielle Fragen auftun, wie z.B. das Infragestellen der Sicherheiten des Lebens und anderer Kernannahmen, oder die Frage nach dem Sinn des Lebens. Eine verstärkte religiöse oder spirituelle Suche kann, ebenso wie auch der vollständige Verlust des Glaubens, auf einen Todesfall folgen.

### 1.1.3 Die Bindungstheorie zur Erklärung von Trauer

Zur Entstehung des Phänomens der Trauer gibt es verschiedene Theorien. Als einflussreichste gelten im Bereich der Trauerforschung die Bindungstheorie, die kognitive Stress-Theorie, Trauma-Theorien und sozial-konstruktivistische Theorien (Stroebe et al., 2008). Im Folgenden soll nur auf die Bindungstheorie näher eingegangen werden.

Die Bindungstheorie, die hauptsächlich auf Forschungen und Veröffentlichungen des britischen Psychiaters John Bowlby (1907-1990) zurückzuführen ist, scheint sich zur Erklärung des Phänomens der Trauer in besonderer Weise durchgesetzt zu haben. Die Relevanz von Bindungsmustern für die Reaktion auf einen interpersonalen Verlust ist allgemein anerkannt (Bowlby, 2006/1980; Field & Sundin, 2001; Shear & Shair, 2005; Stroebe, Schut & Stroebe, 2005), und auch komplizierte Trauerreaktionen sind hieraus gut ableitbar (Gerrish, Steed & Neimeyer, 2010; Jacobs, 1999; Shear et al., 2007; Shear & Mulhare, 2008). Informationen über besonders wichtige Beziehungen werden in Form von Arbeitsmodellen im Langzeitgedächtnis abgespeichert (Shear & Mulhare, 2008). Sie beinhalten mentale Repräsentationen der entsprechenden Bindungspersonen, welche sich sowohl aus impliziten als auch aus expliziten Erinnerungen an die Person und den interpersonellen Kontakt mit ihr zusammensetzen (ebenda). Diese Arbeitsmodelle sind in der Regel sehr stabil, müssen jedoch überarbeitet werden, wenn sich die Beziehung zu

einer Bindungsperson wesentlich verändert, also beispielsweise nach deren Tod (Shear et al., 2007). Da allerdings ein natürlicher Widerstand besteht, Informationen zu akzeptieren, die mit einem gut etablierten Arbeitsmodell nicht übereinstimmen, insbesondere wenn diese nicht erwünscht sind, erweist sich der Anpassungsprozess meist als schwierig und erfolgt in Schüben und Moratorien. Denn, so Bowlby (2006/1980), der Hinterbliebene ringt nun mit einem inneren Dilemma: Er hofft, dass der Verlust nicht endgültig ist, und weiß doch, dass diese Hoffnung sinnlos ist. Die Lösung dieses Konflikts erfolgt, wenn zwar erkannt wird, dass der Verlust nun mal geschehen ist, aber dennoch auch gefühlt wird, dass ein Band zu dem Verstorbenen trotzdem weiterbesteht. Dieses Band manifestiert sich häufig als eine trostvoll erlebte, fortbestehende Gegenwart der verstorbenen Person. Wenn die Trauer erfolgreich verläuft, wird die Information über die Endgültigkeit des Verlustes in das den Verstorbenen betreffende Arbeitsmodell aufgenommen. Erinnerungen bleiben zugänglich und sind gewöhnlich mit einem bittersüßen Sehnen verbunden, aber sie belagern nicht mehr das Gedankenleben des Hinterbliebenen. Die Motivation, Nähe zu dem Verstorbenen zu suchen, ist deaktiviert, und Interesse und Energie sind wieder vorrangig der Weiterführung bestehender Aktivitäten und Beziehungen zugewendet. Der Hinterbliebene ist sozusagen wieder ganz mit seinem Alltagsleben beschäftigt, während das tiefe Gefühl einer Verbindung mit der verstorbenen Person aufrechterhalten bleibt (Bowlby, 2006/1980). Die Art dieser Verbindung wurde in der englischsprachigen Literatur unter dem Begriff *continuing bonds* (fortbestehende Bindung) näher untersucht (Field, 2008; Field, Gao & Paderna, 2005; Stroebe, Schut & Boerner, 2010). Man geht davon aus, dass die emotionale Bindung zum Verstorbenen um einer gelungenen Anpassung willen nicht völlig aufgelöst werden muss, sondern durchaus – in veränderter Form – weiterbestehen kann und sogar soll. Es muss dabei jedoch die Endgültigkeit des Verlustes realisiert und anerkannt werden, da ungünstige Formen von fortbestehenden Bindungen (sog. externalisierte *continuing bonds*) den natürlichen Trauerprozess auch behindern können (Field & Filanosky, 2010).

## 1.2 Komplizierte Trauer

### 1.2.1 Ist Trauer eine Krankheit?

Für einen regulären, den kulturellen Normen entsprechenden Trauerverlauf kann man diese Frage unbestritten mit „nein“ beantworten. Denn man kann davon ausgehen, dass die meisten Menschen auch ohne professionelle Hilfe in der Lage sind, mit solch einem schwerwiegenden Lebensereignis wie dem Tod eines geliebten Menschen früher oder später aus eigener Kraft und mit Hilfe ihres sozialen Umfelds fertig zu werden und ihr Leben wieder aktiv und selbstbestimmt weiter zu führen (Bonanno, 2004; Bonanno, Boerner & Wortman, 2008; Ringdal, Jordhoy, Ringdal & Kaasa, 2001). Oftmals werden sogar auch positive Entwicklungen im Sinne von persönlicher Reifung berichtet (Zisook et al., 2010; Znoj, 2004; siehe hierzu auch Abschnitt 1.2.9.2). Dennoch kann Trauer länger dauern als gemeinhin angenommen (Carnelley, Wortman, Bolger & Burke, 2006), und im Grunde genommen wird sie vielleicht nie ganz abschlossen, sondern tritt nur mit der Zeit immer mehr in den Hintergrund (Zisook et al., 2010). Tut sie dies jedoch nicht, sondern bleibt sie intensiv und über lange Zeit bestehen und beeinträchtigt das Zurechtkommen im Alltag, spricht man von anhaltender oder komplizierter Trauer. Auch können sich die oben beschriebenen natürlichen Trauerreaktionen in manifeste klinische Symptomatik verwandeln, wie z.B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder Angststörungen (z.B. Hensley & Clayton, 2008; Onrust & Cuijpers, 2006).

Obwohl sich beispielsweise Sigmund Freud bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Rahmen seiner Schrift „Trauer und Melancholie“ (1917) mit diesem Thema befasste, wurden erst in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten systematische Anläufe unternommen, um anhand empirischer Daten die eigenständige klinische Entität einer pathologischen Trauerreaktion aufzuzeigen, welche übrigens im Laufe der Jahre verschiedene Bezeichnungen zugewiesen bekam (z.B. traumatische, pathologische, komplizierte oder prolongierte Trauer). Vorreiter waren hierbei vor allem die beiden amerikanischen Forschergruppen um Mardi Horowitz und Holly Prigerson. Beide schlugen – zunächst unabhängig voneinander – diagnostische Kriterien für diese krankheitswertige Form der Trauer vor (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1999), später wurde diesbezüglich jedoch ein Konsens erzielt (Prigerson et al., 2009).

Zu einer möglichen Aufnahme der komplizierten Trauer in die Neuauflagen des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) und der *International Classification of Diseases* (ICD) gab es im Vorfeld zahlreiche, sehr kontrovers geführte Diskussionen (siehe z. B. Bryant, 2012; Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004; Parkes, 2005-2006; Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008; Rubin, Malkinson & Witztum,

2008). Aufgrund der umfangreichen empirischen Datenlage wurde in Vorbereitung der kürzlich erschienenen fünften Ausgabe des DSM (APA, 2013) eine diagnostische Einordnung der komplizierten Trauer in eine neue Diagnose mit der Bezeichnung *adjustment disorder related to bereavement* (trauerbezogene Anpassungsstörung) vorgeschlagen. Dieser Vorschlag wurde jedoch letztendlich abgelehnt mit der Begründung, die empirische Evidenz sei lediglich als vorläufig zu betrachten und rechtfertige nicht, komplizierte Trauer als eigenständiges Störungsbild oder zumindest als eine Form von Anpassungsstörung anzuerkennen (Bryant, 2014). Allerdings wurde sie in neuer Nomenklatur als *Persistent Complex Bereavement Disorder* (persistierende komplexe Trauerstörung) in die Sektion 3 integriert, also zu jenen Syndromen, die weiterer Forschung bedürfen, bevor eine reguläre Aufnahme als eigenständige psychische Erkrankung möglich ist. Das Risiko einer leichtfertigen Pathologisierung von nicht krankheitswertigen Trauerreaktionen sollte damit vermieden werden. Um aber Trauernde mit depressiven Reaktionen bereits zwei Wochen nach dem Todesfall mit einer Depression diagnostizieren zu können, wurde bei der depressiven Störung die zweimonatige Frist herausgenommen, nach deren Ablauf es bisher erst möglich war, eine infolge eines Trauerfalls aufgetretene Depression auch als solche zu klassifizieren. Auch diese Entscheidung führte zu lebhaften Diskussionen (z.B. Fox & Jones, 2013; Wakefield, 2013a).

Für das Jahr 2015 ist die Erscheinung der ICD-11 geplant, der Nachfolgeversion der ICD-10 (WHO, 1992). Eine der hierfür eingesetzten Arbeitsgruppen befasst sich derzeit mit der Aktualisierung derjenigen Störungsbilder, welche durch äußere, besonders belastende Ereignisse oder Umstände hervorgerufen werden. Sie empfiehlt, diese in einer eigenen Gruppe aufzuführen und nicht, wie bisher, zusammen mit den Angststörungen (bisherige F4-Kategorie), da sie sich von allen anderen psychischen Störungen durch eine spezifische Psychopathologie und durch die Voraussetzung des Vorhandenseins eines externen Stressors unterscheiden (Maercker et al., 2013). Vorgeschlagen werden für diese Gruppe der *Stressfolgestörungen* folgende Störungsbilder: PTBS, komplexe PTBS, Anpassungsstörung und Anhaltende Trauerstörung (entspricht der komplizierten Trauer; aktuelle englische Bezeichnung: *Prolonged Grief Disorder*, PGD). Für letztere liegen nach Maercker et al. (2013) inzwischen ausreichende Nachweise ihrer Validität, Spezifität und Behandelbarkeit vor, so dass eine Hinzunahme dieses Syndroms den Autoren als gerechtfertigt erscheint. Sie betonen allerdings auch die Notwendigkeit, dabei die kulturelle und individuelle Verschiedenheit von Ausdrucksformen der Trauer zu beachten.



Nachdem die komplizierte Trauer ihren „Einzug“ in das DSM-5 nicht geschafft hat, ist ihre Aufnahme in die ICD-11 wahrscheinlicher (Bryant, 2014). Ein wesentlicher Vorteil der Aufnahme dieses Syndroms als eine eigenständige diagnostische Kategorie läge in der dann möglichen Verbesserung empirisch validierter Diagnostik-Instrumente, mit deren Hilfe auch Risikofaktoren besser identifiziert und für entsprechende Risikogruppen Interventionen entwickelt und überprüft werden könnten (Rosner & Wagner, 2009). Die Gefahr einer Pathologisierung von Trauer muss allerdings ebenso im Blickfeld bleiben wie die sehr große Variationsbreite ihrer Erscheinungsformen.

### *1.2.2 Erscheinungsbild und vorläufige Diagnosekriterien*

Der Verlauf einer komplizierten Trauerreaktion unterscheidet sich von dem einer einfachen Trauer hinsichtlich der Dauer, der Intensität und der Qualität. Dennoch sind viele ihrer Symptome auch Bestandteil eines normalen Trauerverlaufs (siehe Abschnitt 1.1.2), so dass eine Abgrenzung nicht immer leicht ist. Während es bei einer einfachen Trauer zu einer allmählichen Anpassung an die neue Realität ohne die verstorbene Person kommt und die Intensität der gefühlten Trauer abnimmt, ist dies bei einer anhaltenden Trauerstörung nicht der Fall. Die Trauer wird hier zum Beispiel durch starkes Ruminieren und/oder Vermeidung verkompliziert, was die Verarbeitung schmerzhafter Emotionen behindern kann (Shear & Mulhare, 2008). Kognitive Prozesse spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, wie z.B. eine verzerrte Aufmerksamkeitszuwendung in Richtung todes- bzw. trauerassoziierter Inhalte sowie dysfunktionale Bewertungen des Todesfalls und der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten einer Zukunft ohne den Verstorbenen (Boelen, van den Bout & van den Hout, 2006; Maccallum & Bryant, 2010; O'Connor & Arizmendi, 2014). Nach vorne gerichtete Bewältigungsbemühungen und insgesamt eine gewisse Flexibilität in Bewältigungsmustern sind nur eingeschränkt vorhanden (Burton et al., 2012). Somit wird der Fortschritt in der Trauerverarbeitung zum Entgleisen gebracht, die Trauer gerät wie in eine unendliche Schleife oder in eine Sackgasse, in welcher intensives Sehnen, Verlangen, Traurigkeit, Verbitterung und Frustration vorherrschend bleiben und das ganze Leben des Hinterbliebenen in Beschlag nehmen (Shear & Mulhare, 2008). Das Interesse und die Freude am Leben werden nicht wieder gefunden, die Trauer klingt auch mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Todesereignis nicht ab.

Angesichts der Schwierigkeiten, einen normalen Trauerprozess zu definieren, wird deutlich, welche Herausforderung die Erstellung diagnostischer Kriterien zur Erfassung pathologischer Trauerprozesse darstellt. Außerdem wird noch darüber diskutiert, ob eine dimensionale Erfassung der Trauerintensität auf einem Kontinuum sinnvoller wäre als

eine Diagnosestellung nach diskreten Diagnosekriterien. Dennoch konnte nach mehreren Anläufen (z.B. Horowitz et al., 1997; Jacobs, 1999; Prigerson et al., 1999; Prigerson & Jacobs, 2001) unter führenden Trauerforschern ein vorläufiger Konsens gefunden werden (Prigerson et al., 2009). Dieses im Folgenden *Prigerson-Kriterien* genannte Kriterien-Set wird in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

*Diagnosekriterien der komplizierten Trauer nach Prigerson et al. (2009)*

<b>Kriterium A: Ereignis</b>
Tod einer nahestehenden Person
<b>Kriterium B: Trennungsschmerz</b>
Die hinterbliebene Person erlebt Sehnsucht (z.B. heftiges Verlangen, Schwachten oder Sehnen nach dem Verstorbenen; körperliches oder emotionales Leiden infolge der begehrten, aber unmöglichen Wiedervereinigung mit der verstorbenen Person), täglich oder in einem stark beeinträchtigenden Ausmaß
<b>Kriterium C: Kognitive, emotionale und Verhaltenssymptome</b>
Der Hinterbliebene muss mindestens fünf der folgenden Symptome erleben, und zwar täglich oder in einem stark beeinträchtigenden Ausmaß:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verwirrung bezüglich der eigenen Rolle im Leben oder ein Gefühl eines geminderten Selbst (d.h. ein Gefühl, als ob ein Teil des eigenen Selbst gestorben wäre)</li> <li>2. Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren</li> <li>3. Vermeidung von Erinnerungen, die mit dem Verlust in Zusammenhang stehen</li> <li>4. Unfähigkeit, seit dem Verlust anderen Menschen zu vertrauen</li> <li>5. Verbitterung oder Wut über den Verlust</li> <li>6. Schwierigkeiten, das eigene Leben fortzuführen (z.B. neue Beziehungen einzugehen, Interessen weiterzuverfolgen)</li> <li>7. Gefühllosigkeit (emotionale Taubheit) seit dem Verlust</li> <li>8. Das Gefühl, dass das eigene Leben seit dem Verlust unerfüllt, leer oder bedeutungslos geworden ist</li> <li>9. Das Gefühl von Fassungslosigkeit, Benommenheit oder Schock hinsichtlich des Verlusts</li> </ol>
<b>Kriterium D: Zeitkriterium</b>
Mindestens sechs Monate sind seit dem Verlust vergangen.
<b>Kriterium E: Funktionale Beeinträchtigungen</b>
Die Symptome verursachen klinisch relevante Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (z.B. häuslichen Verpflichtungen).
<b>Kriterium F: Ausschluss anderer psychischer Störungen</b>
Die Störung kann nicht besser durch Depression, Generalisierte Angststörung oder Posttraumatische Belastungsstörung erklärt werden.

Zwei Jahre später veröffentlichte allerdings die Forschungsgruppe um Shear einen davon leicht abweichenden, weiteren Diagnose-Algorithmus (Shear et al., 2011; *Shear-Kriterien*). Auch die Bezeichnung des pathologischen Trauerverlaufs ist in den beiden Veröffentlichungen unterschiedlich: Während Prigerson et al. (2009) die Störung als *prolongierte Trauer* bezeichnen, heißt sie bei Shear et al. (2011) weiterhin *komplizierte Trauer*. Da bei einer Aufnahme der komplizierten oder prolongierten Trauer in die ICD-11 davon auszugehen ist, dass letztendlich die Prigerson-Kriterien die Grundlage für die Diagnose bilden werden (Maercker et al., 2013), wurde hier auf die ausführliche Schilderung der Shear-Kriterien verzichtet. Es soll nur die Ansicht von Shear et al. (2011) Erwähnung finden, dass das Kernsymptom des Trennungsschmerzes neben dem Erleben intensiver Sehnsucht auch andere Formen annehmen kann, wie beispielsweise Einsamkeitsgefühle, Suizidalität und intrusive Gedanken und Bilder. Außerdem erachten sie es als sinnvoll, eine Mindestdauer der Symptomatik (von z.B. einem Monat) festzulegen, da sonst auch Personen mit vorübergehenden Symptomen fälschlicherweise diagnostiziert werden könnten.

Prigerson et al. (2009) sehen die Notwendigkeit der Bestätigung ihrer Ergebnisse in nicht-verwitweten Populationen (z.B. Eltern nach Verlust eines Kindes, traumatische Todesumstände, jüngere Personen), auch wenn sie den Verlust eines Ehepartners (hauptsächlich des Ehemannes) in höherem Lebensalter und durch natürliche Todesursache als den prototypischen Fall von interpersonalem Verlust ansehen. Im Grunde sollten also ihrer Meinung nach die von ihnen validierten Diagnosekriterien auf die meisten Hinterbliebenen eines Todesfalles generalisierbar sein.

Bryant (2014) plädiert aufgrund der anhaltenden Diskussion über allgemein anerkannte Diagnosekriterien für weitere Forschungsbemühungen, um die interindividuelle Variabilität der Trauerreaktionen noch besser zu erfassen und eventuell in verschiedene Subtypen zu untergliedern. Die Diagnosekriterien der in das DSM-5 neu aufgenommenen, oben erwähnten *Persistent Complex Bereavement Disorder* (PCBD) scheinen einen Kompromiss aus den Prigerson- und den Shear-Kriterien darzustellen. Problematisch ist hierbei allerdings, dass die Reliabilität und Validität des daraus resultierenden Kriterien-Sets empirisch nicht bestätigt sind. Insbesondere das auf ein volles Jahr erhöhte Zeitkriterium basiert auf keiner empirischen Grundlage. Auch der enorme Umfang möglicher Symptomkombinationen ist als kritisch zu erachten, da ein zu heterogenes Konstrukt daraus resultiert (Boelen & Prigerson, 2012).

### 1.2.3 Prävalenz

Bisherige Prävalenzangaben zur komplizierten Trauer variieren beträchtlich und sind meist nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, da sie nur anhand spezifischer Personengruppen ermittelt wurden. Die Anwendung unterschiedlicher diagnostischer Kriterien erschwert zudem die Vergleichbarkeit und Einordnung der Ergebnisse.

Jacobs (1999, S. 89) gibt beispielsweise eine von 14 - 34% reichende Prävalenzrate trauernder Menschen mit kompliziertem Trauerverlauf an. Wagner (2013, S. 27) berichtet nach Durchsicht relevanter Studien eine noch größere Spannbreite von 1 - 35%. Für eine deutsche, allerdings relativ kleine Stichprobe ( $N = 61$ ) von Trauernden geben Schaal, Richter und Elbert (2014) eine 10%-Auftrittshäufigkeit von komplizierter Trauer an. Bei besonders schwierigen Verlusten, wie dem Tod eines Kindes, können es 30% oder mehr sein, die Komplikationen in ihrem Trauerprozess aufweisen (Neimeyer, 2010b). Auch in klinischen Stichproben muss mit höheren Vorkommensraten gerechnet werden: Piper, Ogrodniczuk, Azim und Weideman (2001) stellten fest, dass mehr als die Hälfte der von ihnen untersuchten ambulanten Psychiatriepatienten mindestens einen signifikanten Todesfall im Laufe ihres Lebens erlebt hatten. Ungefähr bei einem Drittel lagen entweder eine moderate oder eine schwere komplizierte Trauer vor, und dies, obwohl der Trauerfall im Durchschnitt bereits an die zehn Jahre zurücklag. Bei stationären depressiven Patienten wurde eine Vorkommensrate von 18.6% (Kersting et al., 2009), bei ambulanten eine von 25% angegeben (Sung et al., 2011). 24.3% der Patienten mit bipolarer Störung erhielten in einer Untersuchung von Simon et al. (2005) die Diagnose einer komplizierten Trauer. Patienten mit komplizierter Trauer weisen außerdem im Vergleich zu anderen Patienten eine stärkere Depressions-, Angst- und allgemeine Symptombelastung auf (Kersting et al., 2009; Piper et al., 2001; Simon et al., 2005). Auch in Kriegsgebieten muss mit höheren Auftretenshäufigkeiten gerechnet werden. So wiesen zum Beispiel 35% trauernder Jugendlicher im Kosovo eine prolongierte Trauer auf (Morina, von Lersner & Prigerson, 2011). Sie litten auch häufiger an Depressionen und Angststörungen, körperlichen Beschwerden und Suizidalität.

Epidemiologische Studien gibt es bisher nur wenige. In einer repräsentativen deutschen Stichprobe untersuchten Kersting, Brähler, Glaesmer und Wagner (2011) die Vorkommenshäufigkeit der komplizierten Trauer in der Allgemeinbevölkerung. Sie befragten 2520 im Rahmen einer geschichteten Zufallsstichprobe ausgewählte Personen im Alter von 14 bis 95 Jahren. 1445 davon hatten den Verlust einer für sie bedeutsamen Person durch Tod erlebt und wurden gebeten, das *Inventory-of-Complicated-Grief-Revised* (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000; Prigerson et al., 1995) auszufüllen. Die Analyse der 1402 beantworteten Fragebögen ergab, dass 6.7% der Personen

durchschnittlich 9.8 Jahre nach dem Todesfall eine komplizierte Trauer aufwiesen. Dies entspricht einer Prävalenz von 3.7% in der Allgemeinbevölkerung.

In einer 1970 Personen umfassenden, repräsentativen Befragung der japanischen Allgemeinbevölkerung konnte bei 2.4% der Trauernden eine klinisch relevante komplizierte Trauer festgestellt werden, bei 22.7% lag die Symptomatik im subklinischen Grenzbereich (Fujisawa et al., 2010). Allerdings wurden Personen, die den Verlust eines Kindes betraueren und solche, deren Verlust weniger als sechs Monate zurücklag, von der Untersuchung ausgeschlossen, und der Altersbereich wurde auf 40 bis 79 Jahre eingeschränkt. Zur Diagnostik wurde lediglich ein fünf Fragen umfassendes Screening-Instrument, nämlich das *Brief Grief Questionnaire* (BGQ; Shear, Jackson, Essock, Donahue & Felton, 2006) verwendet, welches im nächsten Abschnitt näher beschrieben wird.

#### 1.2.4 Diagnostik

Eine umfassende Übersicht zu Erhebungsverfahren im Bereich der Trauer geben Neimeyer, Hogan und Laurie (2008). Da das zentrale Thema der vorliegenden Arbeit die komplizierte Form der Trauerverarbeitung darstellt, soll hier auf Verfahren zur Erhebung gewöhnlicher Trauerreaktionen nicht näher eingegangen werden. Es soll lediglich das *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG; Faschingbauer, 1981) Erwähnung finden, da es sich zur Erfassung von trauerspezifischer Belastung als geeignet und zuverlässig erwiesen hat und weit verbreitet ist. Der Fragebogen liegt auch in deutscher Übersetzung vor (Znoj, 2004, S. 90) und wurde in seiner deutschen Version (TRIG-D) von Znoj (2008) evaluiert.

Komplizierte Trauersymptome wurden in bisherigen Studien auf internationaler Ebene überwiegend mit dem *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson et al., 1995) erhoben. Dieser Fragebogen umfasst 19 Items und hat sich als brauchbar erwiesen, spezifische komplizierte Trauersymptomatik zu identifizieren, die weitgehend abgrenzbar von Depression, PTBS und normalen Trauerreaktionen ist. Über verschiedenste Stichproben hinweg hat dieser Fragebogen gute interne Konsistenz, Retest-Reliabilität und Vorhersagefähigkeit für funktionale Beeinträchtigungen bewiesen (Jordan & Litz, 2014). Es wird ein Cutoff-Score von 25 bis 30 Punkten empfohlen, um relativ sicher von einer komplizierten Trauerreaktion ausgehen zu können. Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde die deutsche Übersetzung dieses Fragebogens evaluiert. Die Ergebnisse weisen auf eine gute interne Konsistenz und Retest-Reliabilität hin (Lumbeck, Brandstätter & Geissner, 2012). Diese deutsche Version

(ICG-D) wurde bereits im Rahmen einer Therapiestudie als primäres Ergebnismaß eingesetzt (Rosner, Lumbeck & Geissner, 2011).

Mittlerweile existiert jedoch auch ein an die oben beschriebenen Prigerson-Kriterien angepasstes Erhebungsverfahren namens *Prolonged Grief Scale - 13* (PG-13; Prigerson & Maciejewski, 2008; Prigerson et al., 2009). Eine eingehende Beschreibung der PG-13-Skala wird im Methodenteil (Abschnitt 2.4.3.1) erfolgen. Dieses Messinstrument wurde bereits in einigen Studien zur Diagnose komplizierter Trauer eingesetzt (z.B. Balk, Walker & Baker, 2010; Jacob, 2009; Litz et al., 2014; Morina et al., 2011; Schaal et al., 2014; Supiano & Luptak, 2013). Auch für die vorliegende Untersuchung diene es – in deutscher Übersetzung – zur Erhebung der komplizierten Trauersymptomatik, und es wird im demnächst erscheinenden Therapiemanual zur IKVT-KT veröffentlicht werden (Rosner, Pfoh, Rojas et al., 2014).

Als kurzes Screening-Instrument für komplizierte Trauer kann das *Brief Grief Questionnaire* (BGQ; Shear et al., 2006) eingesetzt werden, welches zum Beispiel als Erhebungsverfahren für die oben erwähnte japanische epidemiologische Untersuchung diene. Es ist ein Selbstbeurteilungs-Instrument und besteht aus lediglich fünf Items. Diese fragen nach Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, Beeinträchtigungen der Lebensführung durch die Trauer, beunruhigende Bilder oder Gedanken in Bezug auf den Verstorbenen oder dessen Tod, Vermeidung von Aktivitäten, Fotos oder Gesprächen bezüglich der verstorbenen Person sowie das Gefühl, von anderen Menschen entfremdet oder abgeschnitten zu sein. Die Fragen können mit *überhaupt nicht* (0), *etwas* (1) oder *sehr* (2) beantwortet werden. Bei einem Gesamtscore von unter fünf Punkten ist das Vorliegen einer komplizierten Trauer unwahrscheinlich, bei fünf bis sieben Punkten geht man von einer unterschwelligen komplizierten Trauer aus. Erst ab acht Punkten ist eine komplizierte Trauer als wahrscheinlich anzusehen (Fujisawa et al., 2010; Shear et al., 2006). Es erfolgte eine Evaluation des BGQ an einer großen japanischen Stichprobe ( $N = 915$ ), welche seine Reliabilität und Validität bestätigen konnte (Ito et al., 2012).

### 1.2.5 Komorbidität und Differentialdiagnosen

Es konnte in Untersuchungen gezeigt werden, dass komplizierte Trauer häufig mit anderen psychischen Störungen zusammen auftritt (Barry, Kasl & Prigerson, 2002; Melhem et al., 2001). Ebenso wie zur Prävalenz sind jedoch genaue Angaben zu Komorbiditätsraten sehr unterschiedlich und schwer zu beurteilen (Rosner, 2003). Besonders häufig besteht neben einer komplizierten Trauer auch eine Depression oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Shear, Frank, Houck und Reynolds (2005) geben für komorbide Depression Raten von 21-54% an, für komorbide PTBS 30-

50%. Morina, Rudari, Bleichhardt und Prigerson (2010) fanden sogar bei 65% der Hinterbliebenen von im Kosovo-Krieg umgekommenen Verwandten ersten Grades sowohl eine komplizierte Trauer als auch eine PTBS. Ebenfalls 65% wiesen zusätzlich zur komplizierten Trauer eine Depression auf. Auch eine Generalisierte Angststörung oder eine Panikstörung sind oftmals komorbid vorhanden (Onrust & Cuijpers, 2006). Man kann davon ausgehen, dass ca. 75% der kompliziert Trauernden an zusätzlich mindestens einer DSM-Achse-1-Störung leiden, und dass bei diesen Personen die Trauersymptomatik an sich noch schwerer ausgeprägt ist als bei jenen, die keine Komorbidität aufweisen (Melhem et al., 2001; Simon et al., 2007).

Andererseits ist aber auch die differentialdiagnostische Abgrenzung zu diesen häufig komorbid vorliegenden Störungen nicht immer leicht, da sich, vor allem hinsichtlich der Depression und der PTBS, gewisse Symptombereiche durchaus überlappen. Um die komplizierte Trauer jedoch als eigenständiges Störungsbild zu definieren und somit in die gängigen Diagnosemanuale aufnehmen zu können, muss sie von anderen Störungen deutlich abgrenzbar sein. Verschiedene Studien konnten dies bezüglich der Depression, PTBS und Angststörung überzeugend nachweisen (z.B. Barnes, Dickstein, Maguen, Neria & Litz, 2012; Boelen, van de Schoot, van den Hout, de Keijser & van den Bout, 2010; Boelen & van den Bout, 2005; Bonanno et al., 2007; Chen et al., 1999; Dillen, Fontaine & Verhofstadt-Denève, 2009; Golden & Dalgleish, 2010; Prigerson et al., 1996).

Mehrere Autoren haben Möglichkeiten der Abgrenzung der komplizierten Trauer von der PTBS beschrieben (z.B. Raphael, Jacobs & Looi, 2013; Wagner, 2013). Vermeidungsverhalten und Intrusionen können zwar als Kernsymptome beider Störungen betrachtet werden, sie unterscheiden sich jedoch qualitativ: Vermeidung bezieht sich bei Trauernden nicht nur auf das – möglicherweise traumatisch erlebte – Todesereignis, sondern unter Umständen auf jegliche Erinnerungsreize an die verstorbene Person. Das Erleben von Intrusionen bezieht sich bei PTBS normalerweise ausschließlich auf das traumatische Ereignis und ist meist mit starkem Angsterleben verbunden, bei Trauernden können die Intrusionen hingegen sowohl negative als auch positive Erinnerungen des Verstorbenen beinhalten. Angstgefühle treten bei ihnen eher in Form von Trennungs- oder Zukunftsangst auf. Traurigkeit und Sehnsucht, die typischen emotionalen Erlebensweisen bei Trauer, sind für PTBS untypisch, während eines der Hauptsymptome der PTBS, die psychophysiologische Übererregung, bei Trauer nicht auftreten muss.

Hinsichtlich der Unterscheidbarkeit von Depression gibt es auch gegenteilige Befunde. Schaal, Elbert und Neuner (2009a) konnten beispielsweise keine diskriminante Validität zwischen komplizierter Trauer und Depression finden, was ihrer Meinung nach darauf hinweisen könnte, dass komplizierte Trauer eher ein besonderes Erscheinungsbild

der Depression darstellt, als eine eigene nosologische Kategorie zu bilden. Zisook und Kendler (2007) stellten in ihrem Review mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen normaler Depression und Depression aufgrund eines Trauerfalls fest. Durch die häufige Komorbidität und die typisch traurige Stimmungslage beider Syndrome wird die Unterscheidung erschwert. Dennoch gibt es kompliziert Trauernde, die die Diagnosekriterien einer Depression nicht erfüllen. Vor allem das Vorliegen intensiven Trennungsschmerzes, intrusiver Bilder oder Gedanken, ständiger gedanklicher Beschäftigung mit dem Verstorbenen sowie vermeidender Verhaltensweisen deutet eher auf komplizierte Trauer als auf Depression hin. Außerdem sind Gefühle wie Interesselosigkeit, Sinnlosigkeit, Schuld, Selbstabwertung und Angst bei Trauernden meist speziell auf den Todesfall, seine Umstände und Folgen bezogen, während sie bei Depressiven eher frei flottierend und generalisiert auftreten (Jordan & Litz, 2014).

Am schwierigsten scheint allerdings die Abgrenzung zur einfachen Trauer zu sein, denn diese kann, wie die komplizierte Form, ebenfalls Zeichen von Depression, Angst und PTBS aufweisen (Lichtenthal et al., 2004). Außerdem ist sie aufgrund ihrer individuell und kulturell so vielfältigen Erscheinungsformen schlecht normativ greifbar, was es schwierig macht, pathologische Abweichungen zu definieren. Dennoch konnten einfache und komplizierte Trauer als verschiedene und unterscheidbare Konstrukte identifiziert werden (Boelen & van den Bout, 2008; Dillen, Fontaine & Verhofstadt-Denève, 2008; Lichtenthal et al., 2004). Andererseits wurde jedoch auch ein empirischer Nachweis für eine dimensionale Konzeptualisierung der Trauer aufgezeigt: Demzufolge repräsentieren pathologische Trauerreaktionen das extreme Ende eines Kontinuums, an dessen anderem Ende normale Trauerverläufe stehen, was impliziert, dass komplizierte Trauer am besten durch die Schwere der Symptomatik, und nicht durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein spezifischer, qualitativ verschiedener Symptome definiert werden kann (Holland, Neimeyer, Boelen & Prigerson, 2009; Wakefield, 2013b).

## *1.2.6 Risiko- und Schutzfaktoren*

### *1.2.6.1. Allgemeines*

Ob der Trauerprozess in seiner natürlichen Form verläuft oder ob sich gravierende Schwierigkeiten darin ergeben, hängt von verschiedenen situativen, intra- und interpersonalen Faktoren ab. Eine frühe Identifikation von Personen, die Risikofaktoren für einen ungünstigen Trauerverlauf aufweisen, ist wesentlich, da dadurch der frühzeitige Einsatz von Interventionen ermöglicht wird und negativen Folgen vorgebeugt werden kann. Außerdem könnten diejenigen Risikofaktoren, die einer Veränderung zugänglich



sind, im Rahmen einer Präventivmaßnahme angegangen werden. Schließlich kann die genauere Untersuchung von Risikofaktoren auch dabei helfen, Trauertheorien zu überprüfen. Einen umfassenden Überblick über mögliche Risiko- und Schutzfaktoren geben Lobb et al. (2010) und Stroebe et al. (2007). Burke und Neimeyer (2013) bemängeln allerdings die in bisherigen Studien fehlende Unterscheidung von wirklich prospektiven im Vergleich zu kontemporären Prädiktoren, welche eher als Korrelate oder sogar Folgen zu bezeichnen wären. Sie präsentieren aus diesem Grund eine eigene Übersichtsarbeit, die speziell nur prospektive Prädiktoren zusammenstellt (ebenda; siehe Abschnitt 1.2.6.7). Es werden nachfolgend die in der einschlägigen Literatur am häufigsten genannten Risikofaktoren kurz beschrieben.

#### *1.2.6.2 Beziehung und Verwandtschaftsgrad zum Verstorbenen*

Die Beziehung und der Verwandtschaftsgrad zur verstorbenen Person scheinen eine entscheidende Rolle für den Trauerverlauf zu spielen (z.B. Laurie & Neimeyer, 2008). Besonders gefährdet für einen komplizierten Trauerverlauf sind Eltern verstorbener Kinder, und hierbei vor allem die Mütter (Cleiren, Diekstra, Kerkhof & van der Wal, 1994; Prigerson et al., 2008), wobei auch die Anzahl der noch lebenden Kinder eine Rolle spielt (Wijngaards-de Meij et al., 2005). Auch der Verlust ungeborener Kinder (Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch) ist hier mit zu berücksichtigen (Kersting, Kroker, Steinhard et al., 2007). Ebenso kann der Verlust des Partners zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen führen (Boelen & van den Bout, 2005; Momartin, Silove, Manicavasagar & Steel, 2004; Prigerson et al., 2002), vor allem bei ehelicher Nähe, Abhängigkeit und Vermittlung von Sicherheit (Bonanno et al., 2002; Carr et al., 2000; Ott, Lueger, Kelber & Prigerson, 2007; van Doorn, Kasl, Beery, Jacobs & Prigerson, 1998). Ganz allgemein können ambivalente, abhängige und problematische Beziehungen zu anderen Menschen nach deren Tod den Trauerverlauf zusätzlich erschweren (Feigelman, Jordan & Gorman, 2009; Sanders, 1993).

#### *1.2.6.3 Todesumstände*

Des Weiteren sind auch die Todesumstände von großer Bedeutung. Waren die Todesursachen gewaltsam oder für den Hinterbliebenen in irgendeiner Weise traumatisierend (z.B. Suizid, Mord, tödlicher Unfall, Naturkatastrophen), kann die Trauersymptomatik Ähnlichkeit zu akuten Belastungsreaktionen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen, was den natürlichen Trauerprozess behindern und somit das Risiko für die Entwicklung einer komplizierten Trauer erhöhen kann (z.B. Boelen & van den Bout, 2005; Currier, Holland & Neimeyer, 2006; Keesee,

Currier & Neimeyer, 2008; Momartin et al., 2004; Schaal, Jacob, Dusingizemungu & Elbert, 2010). Besonders belastend scheint dabei das Auffinden oder Sehen eines durch Suizid verstorbenen Angehörigen zu sein (Callahan, 2000; Feigelman et al., 2009). Ein plötzlicher, unerwarteter Tod ist gewöhnlich ebenfalls schwerer zu verarbeiten, als einer, der zu erwarten war und auf den man sich vorbereiten konnte (Fujisawa et al., 2010; Sanders, 1993; van der Houwen, Stroebe et al., 2010; Wijngaards-de Meij et al., 2005).

#### *1.2.6.4 Intrapersonale Faktoren des Trauernden*

Bei Personen mit bestimmten intrapersonalen Eigenheiten muss ebenfalls mit einem schwierigeren Trauerprozess gerechnet werden. Dazu zählt insbesondere ein unsicherer Bindungsstil (für einen Überblick siehe Mikulincer & Shaver, 2013). Vor allem bindungsängstliche Personen zeigen häufiger komplizierte Trauerreaktionen als bindungssichere, während für einen vermeidenden Bindungsstil inkonsistente Befunde vorliegen (z.B. Field & Sundin, 2001; Fraley & Bonanno, 2004; Mancini, Robinaugh, Shear & Bonanno, 2009; Wayment & Vierthaler, 2002; Wijngaards-de Meij et al., 2007a, 2007b). Jerga, Shaver und Wilkinson (2011) konnten eine Beziehung sowohl von ängstlicher als auch von vermeidender allgemeiner Bindungsunsicherheit mit Symptomen einer prolongierten Trauer nachweisen, während diese mit normalen oder typischen Trauersymptomen nicht bestand. Bei einer speziell auf die verstorbene Person bezogenen ängstlichen Bindung war dies ähnlich, nicht jedoch bei einer vermeidenden: Hier fand sich kein Zusammenhang mit irgendeiner Art von Trauersymptomen. Wayment und Vierthaler (2002) konnten nach dem Tod des Ehepartners bei insgesamt vermeidendem Bindungsstil zwar keinen Zusammenhang mit verstärkten Trauersymptomen, wohl aber mit erhöhten somatischen Symptomen finden. Und in den Studien von Wijngaards-de Meij et al. (2007a, 2007b) zeigten sich bei diesem Bindungsstil stärkere Trauer- und Depressionssymptome nach dem Verlust eines Kindes, weshalb die Autoren die bisweilen vertretene Ansicht anzweifeln, ein vermeidender Bindungsstil könne als Resilienzfaktor dienen. Bereits Bowlby (2006/1980) wies auf die Gefahr hin, die Trauer eines Bindungsvermeidenden mit einem unproblematischen Trauerverlauf zu verwechseln.

Weitere, innerhalb der Person des Trauernden liegende Risikofaktoren sind ungünstige Bewältigungsmuster (Schnider, Elhai & Gray, 2007; Shear et al., 2007; Stroebe et al., 2007), vorher oder gleichzeitig bestehende psychische Probleme oder Störungen (Melhem et al., 2001; Zisook & Shuchter, 1991), schlechter Gesundheitszustand (Sanders, 1993), frühere schwerwiegende Verluste, Traumata, Missbrauchserfahrungen oder ernsthafte Vernachlässigung in der Kindheit (Silverman,

Johnson & Prigerson, 2001), geringes Selbstwertgefühl (Ott et al., 2007), Neurotizismus (van der Houwen, Stroebe et al., 2010; Wijngaards-de Meij et al., 2007a) und eine abhängige Persönlichkeitsstruktur (Bonanno et al., 2002). Kindliche Trennungsangst sagt in einzigartiger Weise prolongierte Trauer, nicht aber Depression, PTBS oder Generalisierte Angststörung voraus (Vanderwerker, Jacobs, Parkes & Prigerson, 2006). Bezüglich soziodemographischer Variablen, wie beispielsweise Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status, sind die Befunde inkonsistent (z.B. Sanders, 1993; Schaal et al., 2010). Deshalb bezeichnen Burke und Neimeyer (2013) niedrigeres Alter, weibliches Geschlecht, geringere Bildung und niedrigeres Einkommen nur als *potentielle*, und nicht als *bestätigte* Risikofaktoren.

#### 1.2.6.5 Äußere Umstände

Die Trauerverarbeitung kann auch durch schwierige äußere Umstände, wie mangelnde soziale Unterstützung (Bonanno et al., 2002; Sanders, 1993; van der Houwen, Stroebe et al., 2010), finanzielle und berufliche Probleme (Stroebe et al., 2007; van der Houwen, Stroebe et al., 2010) oder zusätzliche, aktuell zu bewältigende Krisen (Sanders, 1993) erschwert sein. Auch gesellschaftliche Stigmatisierung bei Tod durch Suizid, Abtreibung oder AIDS sowie eine sozial *aberkannte* Trauer können den Trauerprozess erschweren (Worden, 2011).

#### 1.2.6.6 Sinnfindung und kognitive Besonderheiten

Neuerdings näher untersuchte negative Einflussfaktoren auf den Trauerprozess sind zum einen Schwierigkeiten, einen Sinn in dem Geschehen zu finden (Coleman & Neimeyer, 2010; Keesee et al., 2008; Lichtenthal, Currier, Neimeyer und Keesee, 2010). Der Mangel an Sinnfindung sagt unter Umständen mehr vorher als objektive Faktoren, wie Todesursache oder Zeitabstand zum Verlust, und mediiert vielleicht sogar den Einfluss eines gewaltsamen Todes auf komplizierte Trauerreaktionen (Currier et al., 2006). Zum anderen untersuchen Boelen und Kollegen eingehend die negative Auswirkung von dysfunktionalen Gedankenmustern (im Sinne von pessimistischen Vorstellungen und destruktiven Interpretationen der eigenen Trauerreaktion) auf den Trauerverlauf und ihren Zusammenhang mit Schwierigkeiten bei der Integration des Verlustes in das autobiographische Gedächtnis (Boelen, Huntjens, van Deursen & van den Hout, 2010; Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005; Boelen, van den Bout & van den Hout, 2003a, 2003b; Boelen, van den Bout et al., 2006). Katastrophisierende Fehlinterpretationen bezüglich der eigenen Trauersymptome konnten als prädiktiv für pathologische Trauerverläufe identifiziert werden (Boelen, van den Bout & van den Hout, 2010).

#### 1.2.6.7 Empirisch bestätigte prospektive Risikofaktoren

Von allen im Rahmen ihres Überblicksartikels untersuchten Faktoren bezeichnen Burke und Neimeyer (2013) diejenigen als *bestätigte* Risikofaktoren, welche in mindestens drei der einschlägigen Studien untersucht wurden und sich dabei in mehr als 50% der Fälle als statistisch signifikant erwiesen. Dazu gehören: (1) geringe soziale Unterstützung, (2) ängstlicher/vermeidender/unsicherer Bindungsstil, (3) Auffinden oder Identifizieren des Leichnams (in Fällen gewaltsamen Todes) oder Unzufriedenheit mit der Mitteilung der Todesumstände, (4) Verlust des Ehepartners oder eines Kindes, (5) starkes eheliches Abhängigkeitsverhältnis in der Zeit vor dem Tod des Ehepartners sowie (6) stark ausgeprägter Neurotizismus.

#### 1.2.6.8 Schutzfaktoren

Als Schutzfaktor wird die soziale Unterstützung im Anschluss an den Todesfall angesehen (Vanderwerker & Prigerson, 2004). W. Stroebe (2008) weist jedoch auf die geringe empirische Unterstützung der Tatsache hin, dass der Beistand von Familie und Freunden auch wirklich den Trauerschmerz lindern kann. Er sieht in diesem Zusammenhang nur eine Verringerung der sozialen, nicht aber der emotionalen Einsamkeit gegeben. Van der Houwen, Stroebe et al. (2010) unterstützen mit ihren Ergebnissen diese Ansicht. Sie betrachten außerdem die soziale Unterstützung als generellen, und nicht als trauerspezifischen Schutzfaktor. Als weitere Schutzfaktoren werden ein sicherer Bindungsstil in Beziehungen zu anderen (Stroebe et al., 2005; van Doorn et al., 1998; Wayment & Vierthaler, 2002; Wijngaards-de Meij et al. 2005), positiver Affekt und Optimismus (Moskowitz, Folkman & Acree, 2003; Ong, Bergeman & Bisconti, 2004), die Möglichkeit zur Vorbereitung auf den Tod (Barry et al., 2002; Prigerson et al., 2008) und Religiosität/Spiritualität bzw. diesbezügliche Aktivitäten (Becker et al., 2007; Brown, Nesse, House & Utz, 2004; Easterling, Gamino, Sewell & Stirman, 2000; Herbert, Dang & Schulz, 2007; Schaal et al., 2010; Wortman & Park, 2008) genannt. Zu letztgenanntem Faktor gibt es allerdings auch widersprüchliche Befunde: Kersting, Kroker, Steinhard et al. (2007) fanden bei Frauen, die eine Abtreibung vornehmen ließen und denen ihr Glaube sehr wichtig war, anschließend deutlich schwierigere Trauerprozesse, was ihrer Meinung nach auf vermehrte Schuldgefühle gerade wegen der Gläubigkeit zurückgeführt werden könnte. In der Untersuchung von Schaal et al. (2014) konnte ein hohes Ausmaß an Gläubigkeit als Risikofaktor, aber eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Glauben als Schutzfaktor für prolongierte Trauer identifiziert werden.

### 1.2.7 Psychophysiologie und Neurobiologie

Wissenschaftliche Erkenntnisse zu neurobiologischen und physiologischen Korrelaten komplizierter Trauer können wichtige Hinweise zur Erklärung der beschriebenen, negativen Auswirkungen von Verlusterlebnissen auf die Gesundheit liefern. Allerdings steht die diesbezügliche Forschung noch in den Anfängen. Man geht davon aus, dass der Verlust einer Bezugsperson zwei Arten von biologischer Stressreaktion hervorruft: Eine allgemeine Stressreaktion mit erhöhter Herzrate und Ausschüttung von Katecholaminen und Kortisol sowie eine bindungsspezifische Stressreaktion mit Auswirkungen auf die Dopamin-, Opioid- und Oxytocin-Systeme (O'Connor, 2013; Sbarra & Hazan, 2008). Was nun aber die physiologischen Reaktionen kompliziert Trauernder von denen nicht-kompliziert Trauernder unterscheidet, ist noch weitgehend unklar. Einen Überblick über die derzeitige Befundlage gibt O'Connor (2013).

In einer von ihrer Forschungsgruppe durchgeführten fMRT-Studie fand sich bei Frauen mit komplizierter Trauer eine stärkere Aktivierung des *Nucleus Accumbens* unter Vorgabe von Bildern der verstorbenen Person, als dies bei normal Trauernden der Fall war (O'Connor et al., 2008). Diese Aktivierung des sogenannten Belohnungssystems war außerdem mit dem Ausmaß an selbst angegebener Sehnsucht nach der verstorbenen Person korreliert und kann möglicherweise über die Bindungstheorie erklärt werden: Die verstorbene Bezugsperson war eine Quelle des Wohlbefindens und der Sicherheit und löst nach ihrem Tod einen starken Wunsch (eine Art *Craving*) bei dem Hinterbliebenen aus, diese angenehmen Erfahrungen weiterhin zu erleben. Ist dies übermäßig stark ausgeprägt, können daraus Schwierigkeiten im Anpassungsprozess und in der Akzeptanz des Todes resultieren.

Eine weitere Studie unter Federführung derselben Autorin (O'Connor, Wellisch, Stanton, Olmstead & Irwin, 2012) konnte einen Unterschied im Kortisol-Tagesprofil zwischen kompliziert und unkompliziert trauernden Frauen nach dem Tod ihrer Mutter oder Schwester an Brustkrebs aufzeigen: Das Kortisol-Tagesprofil der kompliziert Trauernden erwies sich als insgesamt abgeflachter, mit signifikant niedrigeren Werten 45 Minuten nach dem morgendlichen Erwachen und signifikant höheren Werten um vier Uhr nachmittags. Dieser flachere Tagesverlauf gilt als Indikator einer Dysregulation der Kortisolausschüttung und ist typisch für Personen, die chronischem Stress ausgesetzt sind (Miller, Chen & Zhou, 2007). Das Auffinden eines dysregulierten Kortisol-Tagesprofils bei Trauernden konnte von Holland et al. (2014) repliziert werden, wobei es sich hier sowohl bei einfach als auch bei kompliziert Trauernden fand und somit nicht zwischen diesen beiden Gruppen differenzieren konnte.

Untersuchungen zur Schlafphysiologie ergaben keine Besonderheiten bei Probanden mit komplizierter Trauer, insbesondere nicht den gesteigerten REM-Schlaf, der bei depressiven Patienten gefunden wurde, es sei denn, die Trauernden hatten auch komorbide depressive Symptome (McDermott et al., 1997; Monk et al., 2008).

Kersting, Kroker, Horstmann et al. (2007) untersuchten die genetische Variation der für die Produktion des Enzyms Monoaminoxidase-A (MAO-A) verantwortlichen Genregion bei trauernden depressiven Patienten. Die aktivere Variante des MAO-A, welche unter anderem für den vermehrten Abbau von Serotonin und Dopamin verantwortlich ist, wurde in stärkerem Ausmaß bei den kompliziert Trauernden gefunden, allerdings nur bei den Frauen und nicht bei den Männern. Das heißt, dass unter denjenigen depressiven Frauen, die in Trauer waren und die aktivere MAO-A-Variante aufwiesen, vermehrt komplizierte Trauerverläufe zu finden waren. Die aktivere MAO-A-Variante könnte somit nach Meinung der Autoren einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung komplizierter Trauer darstellen.

### *1.2.8 Störungsmodelle*

#### *1.2.8.1 Bindungstheoretisches Modell*

Ein auf der Bindungstheorie basierendes Störungsmodell der komplizierten Trauer wurde von Shear und Kollegen vorgestellt (Shear et al., 2007; Shear & Shair, 2005). Die zentrale Annahme besteht darin, dass die Auflösung des unter Abschnitt 1.1.3 beschriebenen Dilemmas zwischen der inneren Repräsentation der Bindung zum Verstorbenen zu seinen Lebzeiten einerseits und der Realität dessen Todes andererseits – welcher ja eine dramatische Veränderung in der Fortführung der Beziehung zu dieser Person bedeutet – nicht stattfindet. Dieser Widerspruch hat laut den Autoren vier Konsequenzen, die einen Großteil der Symptome einer akuten Trauer erklären: (1) Das unbearbeitete Arbeitsmodell erzeugt den fortdauernden Eindruck der Anwesenheit des Verstorbenen. (2) Die Belastung durch die Trauer aktiviert die Suche nach Nähe, wodurch ein starkes Sehnen und Verlangen nach dem Verstorbenen ausgelöst wird, ebenso werden Gedanken und Erinnerungen an die Person aktiviert. (3) Ein effektives Funktionieren des Arbeitsmodells bricht zeitweilig zusammen, was zu einer Beeinträchtigung der Regulation von Emotionen, Aufmerksamkeit und physiologischen Prozessen führt. Und (4) eine starke Aktivierung des Bindungssystems ist verbunden mit einer Hemmung des Explorationssystems, was in einem Verlust des Interesses an der Welt führt und die Zielsuche einschränkt. Allgemein führt dieser Widerspruch bezüglich des internen Arbeitsmodells zu einem Nicht-wahrhaben-Wollen, zu Verwirrung und

Desorientierung. Dieses im natürlichen Trauerverlauf nur vorübergehend bestehende Dilemma findet in der komplizierten Trauer jedoch keine Auflösung. Schmerzhaftes Emotionen werden nicht ausreichend verarbeitet und die Information über die Endgültigkeit des Todes und seiner Konsequenzen wird nicht vollständig anerkannt und integriert. Das interne Arbeitsmodell der Bindung ist somit nicht adäquat überarbeitet und Lebensziele sind nicht neuformuliert. Stattdessen fühlt sich die trauernde Person wie verloren in einem Meer aus Trauer, mit fortdauernden Gefühlen extremer Sehnsucht und starken Verlangens nach der verstorbenen Person, verbunden mit intensiven Gefühlen von Traurigkeit, Verbitterung und Ärger sowie dem ganzen Spektrum von Symptomen und Verhaltensweisen, die bei einer komplizierten Trauer gewöhnlich auftreten.

Ein weiterer Aspekt innerhalb der Bindungstheorie ist das sogenannte *Fürsorgesystem*, welches als komplementäres System zum Bindungssystem angesehen werden kann (Maragkos, 2003; Shear et al., 2007). Es besteht in instinktiven, feinfühligem und verständnisvollen Bemühungen, das physische und emotionale Wohlergehen einer anderen Person zu gewähren bzw. diese zu beschützen. Das Fürsorgesystem ist besonders bei Eltern gegenüber ihren Kindern ausgeprägt, findet sich aber natürlich auch unter Erwachsenen, da in Beziehungen Fürsorge sowohl empfangen als auch gegeben wird. Deci, La Guardia, Moller, Scheiner und Ryan (2006) gehen sogar davon aus, dass es für das eigene Wohlergehen wichtiger ist, eine gute Fürsorgeperson zu sein, als von einer anderen Person gut versorgt zu werden. Deshalb ist der Tod einer Bindungsperson, besonders aber der Verlust eines Kindes, meist zusätzlich mit einem Gefühl des Versagens der eigenen Fürsorgefähigkeit verbunden (Shear et al., 2007). Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, oft auch in Form von Überlebensschuld, sind häufig die Folge, da der Hinterbliebene der Meinung ist, er hätte den Tod verhindern oder zumindest erleichtern können. Angenehme Aktivitäten, schöne Erlebnisse und freudenspendende neue Beziehungen werden aus diesem Grund oft vermieden, was wiederum den Fortschritt im Trauerprozess blockieren kann.

#### 1.2.8.2 Stress-Response-Modell

Das bereits aus der PTBS-Forschung bekannte Stress-Reaktions-Modell wurde von Horowitz (1986, zit. n. Znoj, 2004) auf die komplizierte Trauer übertragen. Es geht davon aus, dass nach einem Verlusterleben – ebenso wie nach jedem stressreichen, lebensverändernden Ereignis – verschiedene „normale“ Reaktionen zu erwarten sind, wie z.B. ein „Aufschrei“ bei Realisation des Verlustes, Verleugnungstendenzen im Wechsel mit intrusivem Erleben, eine Phase des Durcharbeitens, die letztendlich in Form einer Integration des Verlusts in das eigene Leben ihren Abschluss findet. Jede dieser

Reaktionen kann jedoch in eine pathologische Form abgleiten, so dass es zu einem Überwältigungserleben, zu Panik- und Erschöpfungszuständen, extremen Vermeidungstendenzen, Zuständen intrusiver Überflutung, psychosomatischen Reaktionen und schließlich zu einer Persönlichkeitsstörung kommen kann.

Ausgehend von dieser Modellgrundlage konnten auf empirischem Wege ähnlich wie bei der PTBS auch für die komplizierte Trauer drei Symptomcluster ausgemacht werden: Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Anpassungsschwierigkeiten an den Verlust (Horowitz et al., 1997). Die daraus entwickelten diagnostischen Kriterien ließen sich von Langner und Maercker (2005) auch in einer deutschen Stichprobe bestätigen, was die beiden Autoren als Bestätigung für die Einordnung der komplizierten Trauer in die Stress-Response-Syndrome ansehen.

Dass die Trauerreaktion ein erhöhtes biologisches Stresserleben beinhaltet, konnte – wie bereits erwähnt – auch im Rahmen physiologischer Untersuchungen bestätigt werden (O'Connor, 2013). Bleibt diese Stressreaktion ungewöhnlich lange bestehen, kann sie zu einer gravierenden biologisch-psychologischen Dysregulation führen und Folgeschäden verursachen, wodurch das Phänomen der komplizierten Trauer eine Erklärungsgrundlage erhalten kann (Wagner, 2013).

### 1.2.8.3 *Duales Prozess-Modell*

Das *Duale Prozess-Modell der Trauerbewältigung* (DPM) nach Stroebe und Schut (1999, 2010; siehe Abbildung 1) wurde infolge einer gewissen Unzufriedenheit mit der bis dahin sehr einflussreichen, auf Freud zurückgehenden Annahme entwickelt, dass sogenannte *Trauerarbeit*, also die intensive Konfrontation mit dem Trauerschmerz, unerlässlich für eine erfolgreiche Anpassung an einen Verlust sei. Da neben dieser Trauerarbeit jedoch auch eine Hinwendung an das neue Leben ohne den Verstorbenen wichtig für den Trauerprozess ist, schildert das Modell den typischen Oszillationsprozess zwischen beiden Arten von Stressoren, die nach einem Verlust zu bewältigen sind: die Beschäftigung mit dem Verlust im Sinne der oben erwähnten Trauerarbeit, ebenso jedoch die wiederherstellungsorientierte Anpassung an ein durch den Verlust verändertes Leben mit seinen spezifischen neuen Anforderungen. Der adaptive Trauerprozess beinhaltet somit ein abwechselndes Konfrontieren und Vermeiden von jeweils verlust- und wiederherstellungsbezogenen Stressoren. Außerdem ist eine richtige Dosierung des Trauerns notwendig, d.h. zwischendurch sind Atempausen von der Beschäftigung mit beiden Stressor-Formen der Trauer nötig. Zur Entwicklung eines komplizierten Trauerprozesses kann es dann kommen, wenn der natürliche Oszillationsprozess gestört ist, d.h. wenn der Trauernde, unter Vernachlässigung des jeweils anderen Aspektes,



entweder die verlustorientierte oder aber die wiederherstellungsorientierte Seite überbetont verfolgt. Eine funktionale Integration des Verlustes wird damit erschwert oder verhindert.

Für verwitwete Personen wurde von Caserta und Lund (2007) ein Messverfahren entwickelt, das die zentralen Mechanismen des DPM erheben soll. Außerdem wurde eine auf das Modell zugeschnittene Trauerintervention untersucht, die jedoch bisher keine überzeugenden Effekte erzielen konnte (Caserta, Utz, Lund, Swenson & de Vries, 2014; Lund, Caserta, Utz & de Vries, 2010).

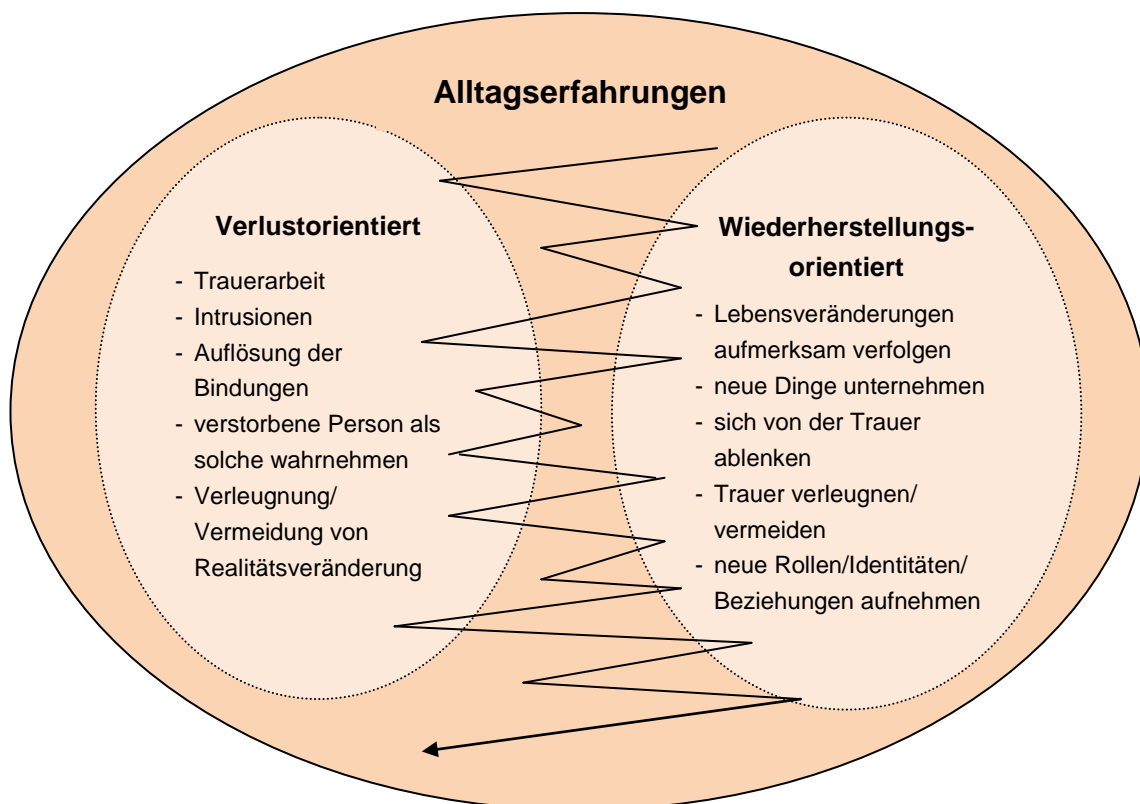


Abbildung 1. Das Duale Prozess-Modell nach Stroebe und Schut (1999)

#### 1.2.8.4 Kognitiv-behaviorales Modell

Boelen, van den Hout und van den Bout (2006) entwickelten eine kognitiv-behaviorale Konzeptualisierung der komplizierten Trauer. Sie bezeichnen die folgenden drei Aspekte für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Syndroms als wesentlich:

- (1) die unzureichende Integration des Verlustes in das bestehende autobiographische Gedächtnis, welches aus dem Wissen über die eigene Person, das eigene Leben und die Beziehung zu der verstorbenen Person besteht

- (2) dysfunktionale Gedankenmuster im Sinne pessimistischer Vorstellungen über das eigene Selbst („wertlos“), das Leben („bedeutungs- und sinnlos“) und die Zukunft („leer und unerfüllt“) auf der einen Seite, und destruktiver bzw. katastrophisierender Fehlinterpretationen der eigenen Trauerreaktionen auf der anderen Seite („ich verliere die Kontrolle / den Verstand“)
- (3) ängstliche und depressive Vermeidungsstrategien: unter ängstlicher Vermeidung versteht man die Vermeidung des Trauerschmerzes aus Angst vor den eigenen Gefühlen (z.B. durch Vermeidung von Erinnerungsreizen an die verstorbene Person), bei depressiver Vermeidung führt ein ausgeprägter zukunftsorientierter Pessimismus zu Untätigkeit und Rückzug von sozialen und anderen positiven Aktivitäten

Diese drei Aspekte beeinflussen und verstärken sich gegenseitig, was die Symptome besonders stark und anhaltend werden lässt. Sie können jedoch durch KVT-Techniken, wie Exposition, kognitive Umstrukturierung und Verhaltensaktivierung, positiv beeinflusst werden, so dass der Trauerprozess wieder in eine funktionalere Richtung geführt wird. Dies konnte im Rahmen der Evaluation einer auf diesem Störungsmodell basierenden Therapieform bereits bestätigt werden (Boelen, de Keijser, van den Hout & van den Bout, 2007). Zu oben beschriebenem Punkt (2) wurde außerdem ein Fragebogen namens *Grief Cognitions Questionnaire* (GCQ) entwickelt (Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005).

#### 1.2.8.5 Störungsmodell nach Rosner und Kolleginnen

Das für die vorliegende Untersuchung relevante Störungsmodell stammt von Rosner, Pfoh und Kotoučová (2011; siehe Abbildung 2) und wurde speziell für die in Abschnitt 2.2.3 beschriebene, integrative kognitive Verhaltenstherapie für komplizierte Trauer (IKVT-KT) entwickelt. Es geht davon aus, dass der Todesfall problematische Reaktionen zur Folge hat, welche in intensiver Sehnsucht nach dem Verstorbenen, Nichtakzeptanz des Todes, überwältigendem emotionalem oder körperlichem Schmerz und Identitätsverlust bestehen. Der Trauernde reagiert darauf entweder mit Vermeidung oder aber mit exzessiver Beschäftigung mit dem Verstorbenen, was beides kurzfristig zu einem Rückgang der Symptome führt. Langfristig gesehen ergeben sich daraus jedoch emotionale, kognitive und/oder funktionale Beeinträchtigungen, die wiederum als interne Trigger an den Verlust erinnern können. Zusammen mit externen Erinnerungsreizen resultiert dies in einem Zustand der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, und die aversiven Symptome werden hierüber erneut verstärkt. Wird ihnen wiederum mit Vermeidung oder übermäßiger Beschäftigung begegnet, beginnt der dysfunktionale Kreislauf sich zu verfestigen und die Trauer chronifiziert.

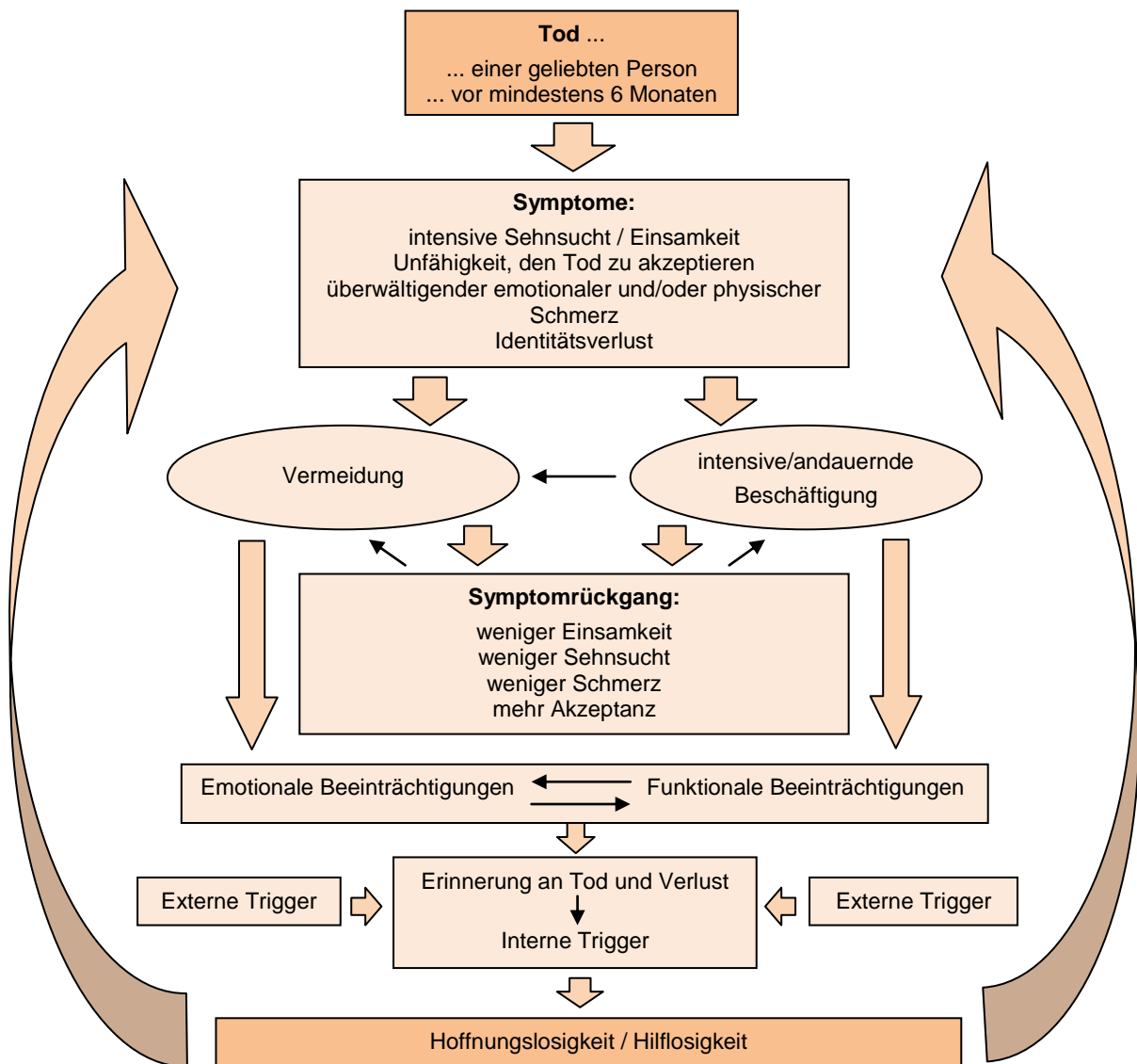


Abbildung 2. Störungsmodell der komplizierten Trauer nach Rosner, Pfoh et al. (2011)

## 1.2.9 Verlauf und Prognose

### 1.2.9.1 Negative Folgen

Unbehandelt kann komplizierte Trauer also chronifizieren und über viele Jahre oder sogar Jahrzehnte anhalten (Fujisawa et al., 2010; Schaal et al., 2009a, 2014; Stammel et al., 2013; Zisook & Shear, 2009). Von einem graduellen Rückgang der Symptomatik über die Zeit hinweg kann in der Regel nicht ausgegangen werden. Ganz im Gegenteil, komplizierte Trauer kann beträchtliche seelische und körperliche Folgen haben und sich auf die Lebensqualität negativ auswirken (Boelen & Prigerson, 2007; Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov & Kreicbergs 2008; Lichtenthal et al., 2011; Ott, 2003; Prigerson et al.,

1997, 2008, 2009). So können belastende Lebensereignisse, wie der Verlust eines nahen Familienangehörigen, einen Risikofaktor für die Entwicklung unipolarer Depression darstellen (Li, Laursen, Precht, Olsen & Mortensen, 2005). Des Weiteren hat sich in einer Untersuchung von Kersting et al. (2009) gezeigt, dass Psychiatriepatienten mit unipolarer Depression, die gleichzeitig an komplizierter Trauer litten, schwerer depressiv waren als solche ohne komplizierte Trauer. Außerdem hatten sie auch mehr posttraumatische Belastungssymptome und stärkere allgemeine psychopathologische Beschwerden. Auch von vermehrten somatischen Erkrankungen, wie Immunschwäche, Bluthochdruck, Herzproblemen und Krebs, ist auszugehen (Chen et al., 1999; Prigerson et al., 1997). Ebenso sind die Mortalitätsraten bei schweren Tauerverläufen erhöht (Li et al., 2003). Besonderer Aufmerksamkeit bedarf auch die erhöhte Suizidalität bei kompliziert Trauernden (Latham & Prigerson, 2004), wobei sich die Schwere der Trauersymptomatik ebenso wie Suizidversuche in der Vorgeschichte hierbei als signifikante Prädiktoren erwiesen haben (Szanto et al., 2006). Es kann aber auch anderweitig selbstschädigendes Verhalten bei kompliziert Trauernden beobachtet werden, wie z.B. erhöhter Alkohol- oder Tabakkonsum, weitere Formen von Substanz- oder auch Medikamentenmissbrauch sowie übersteigertes Risikoverhalten (Znoj, 2009). Insgesamt ist damit von einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Gesundheitswesen und von einem vermehrten krankheitsbedingten Arbeitsausfall bei den Betroffenen auszugehen (Lannen et al., 2008).

#### 1.2.9.2 Positive Folgen: Posttraumatisches Wachstum

Die Tatsache, dass schwerwiegende und leidvolle Lebensereignisse nicht nur negative Auswirkungen nach sich ziehen, sondern aus ihnen heraus auch positive Entwicklungen angestoßen werden können, wurde in den letzten Jahren auch wissenschaftlich näher beleuchtet. Bezeichnungen wie *posttraumatisches Wachstum* (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998) oder *posttraumatische persönliche Reifung* (Maercker & Langner, 2001) wurden hierfür geprägt. Da dieser Aspekt in der vorliegenden Untersuchung als eines der Ergebnismaße herangezogen wurde, wird im Folgenden näher darauf eingegangen.

In der Regel ist posttraumatische Reifung als ein graduell sich entwickelnder Prozess gedacht, der eine individuell unterschiedliche Zeitspanne in Anspruch nimmt und durch verschiedene Faktoren begünstigt oder auch behindert werden kann. Nach derzeitigem Forschungsstand hat sich eine Untergliederung posttraumatischen Wachstums in folgende drei Bereiche weitgehend durchgesetzt (Calhoun & Tedeschi, 2006):

- (1) Veränderungen in der Selbstwahrnehmung: es werden neue Möglichkeiten im Leben entdeckt und die persönlichen Stärken als gesteigert erlebt.
- (2) Veränderungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen: Beziehungen zu anderen Menschen gewinnen stark an Bedeutung und es wird mehr Zeit und Energie in Freundschaften und familiäre Aktivitäten investiert; das Mitgefühl für die Probleme anderer wird verstärkt.
- (3) Veränderungen in der Lebensphilosophie: dem Leben an sich wird mehr Wertschätzung entgegengebracht, die eigenen Werte verändern sich, spirituelle oder religiöse Themen und Aktivitäten bekommen mitunter einen höheren Stellenwert im Leben.

Verschiedene Faktoren und deren komplexes Zusammenspiel können die Entwicklung posttraumatischen Wachstums beeinflussen (Tedeschi & Calhoun, 2004). Zum einen spielt die Beschaffenheit und das subjektive Erleben des traumatischen Ereignisses selbst eine wichtige Rolle. Es herrscht weitgehend Übereinstimmung in der Ansicht, dass das Ereignis, das zu persönlicher Reifung führen soll, ein sehr belastendes und einschneidendes, also ein subjektiv traumatisches sein muss (Boals, Steward & Schuettler, 2010). Um Wachstum in Gang zu setzen scheint es nötig, dass die bisherigen Annahmen über sich selbst und die Welt (*assumptive world*) grundlegend erschüttert und in Frage gestellt werden müssen (*shattered assumptions*; Janoff-Bulman, 1992, 2006). Der Verlust einer nahestehenden Person kann als ein solches traumatisches Ereignis angesehen werden, muss aber nicht von allen Trauernden so erlebt werden. Als weitere Einflussfaktoren auf die Entwicklung posttraumatischer Reifung gelten individuelle Persönlichkeitsfaktoren und Bewältigungsstrategien.

Schaefer und Moos (2001) nennen als einige Aspekte persönlichen Wachstums nach interpersonalem Verlust einen Zuwachs an Unabhängigkeit, Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit; außerdem mehr Weisheit, Reife, Mitgefühl und Verständnis für andere; ebenso Veränderungen in der Lebensperspektive und stärkeren religiösen Glauben. Posttraumatische Reifung scheint in allen Phasen des Trauerprozesses stattzufinden, zeigt sich aber am deutlichsten, nachdem der akute und größte Schmerz überwunden ist. Als besonders günstig für die Entwicklung von Reifung nach einem Todesfall sehen Schaefer und Moos (2001) bestimmte, durch vorbestehende persönliche und soziale Ressourcen positiv beeinflusste Coping-Strategien: in kognitiver Hinsicht die Suche nach Bedeutung, eine logische Analyse des Geschehenen, eine positive Einschätzung und Akzeptanz; in verhaltensbezogener Hinsicht die Suche nach Hilfe, problemlösendes Verhalten und Ausdruck von Gefühlen.

Persönliches Wachstum wird eher nicht erfolgen, wenn sich der Trauerprozess in normalem Ausmaß vollzieht und die Rückkehr zu dem vorher bestehenden Funktionsniveau zu erwarten ist (Calhoun, Tedeschi, Cann & Hanks, 2010; Gerrish, Dyck & Marsh, 2009). Wird die bisherige Weltsicht jedoch durch den Verlust stark herausgefordert, weil dieser darin nicht integriert werden kann, ist posttraumatisches Wachstum wahrscheinlicher und kann im Rahmen einer Therapie auf sensitive Art durch spezifische Maßnahmen gefördert werden (Calhoun et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 2006). Ein theoretisches Modell der Entwicklung posttraumatischen Wachstums speziell nach einem Todesfall beschreiben Calhoun et al. (2010).

Persönliches Wachstum einerseits und die psychische Anpassungsfähigkeit an ein traumatisches Erleben (im Sinne seelischer Gesundheit) andererseits scheinen nach dem aktuellen Erkenntnisstand zwei unterschiedliche Phänomene zu sein (Calhoun et al., 2010), wobei durchaus auch Zusammenhänge dahingehend gefunden wurden, dass sich posttraumatische Reifung positiv auf die psychische Anpassung und Gesundheit auswirkt. So konnten z.B. Engelkemeyer und Marwit (2008) bei verwaisten Eltern eine signifikante negative Korrelation zwischen der Trauerintensität und posttraumatischem Wachstum finden. Andererseits erwies sich in der Untersuchung von Caserta, Lund, Utz und de Vries (2009) das posttraumatische Wachstum als unabhängig von der Trauerschwere, so dass die Autoren davon ausgehen, dass beide Konstrukte unabhängig voneinander koexistieren können. Insgesamt ist die Befundlage diesbezüglich jedoch mehrdeutig (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Linley & Joseph, 2004). Diese heterogenen Ergebnisse könnten jedoch auch zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass der Zusammenhang zwischen posttraumatischem Wachstum und Krankheitssymptomen nicht linear, sondern kurvilinear ist. Dies fanden bereits mehrere Autoren bezogen auf PTBS-Symptome (z.B. McCaslin et al., 2009), neuerdings konnte dies aber auch für komplizierte Trauersymptome bestätigt werden (Currier, Holland & Neimeyer, 2012). Anhand einer großen Stichprobe von 617 Studenten zeigte sich, dass diejenigen mit mittlerer Trauersymptomatik das höchste posttraumatische Wachstum angaben, diejenigen mit besonders niedriger oder aber ausgesprochen hoher Symptomatik hingegen geringeres Wachstum aufwiesen (ebenda). Auch nach statistischer Kontrolle der soziodemographischen und verlustspezifischen Variablen blieb dieser nichtlineare Zusammenhang bestehen. Die Autoren begründen diese Art des Zusammenhangs damit, dass sich bei geringer Symptomausprägung die Trauernden nicht genötigt fanden, dem Verlust eine allzu große Bedeutung zuzuweisen und in ihrem Leben nach einem neuen Sinn oder einer neuen Richtung zu suchen. Die besonders

schwer Trauernden wiederum könnten durch den Verlustschmerz so überwältigt sein, dass sie keinerlei positive Veränderungen an sich wahrnehmen können.

In jüngerer Zeit hat sich die Outcome-Forschung zur Therapie von Folgen belastender Lebensereignisse verändert. Man möchte nicht mehr nur die Verringerung der Störungssymptomatik als einzigen Indikator für eine erfolgreiche Therapie ansehen, sondern auch positive Veränderungen im Sinne von persönlichem Wachstum als Erfolgsmaß mit einbeziehen (Field & Filanosky, 2010). Wagner, Knaevelsrud und Maercker (2007) setzten posttraumatisches Wachstum als eines der Ergebnismaße ihrer internetbasierten Trauerintervention ein. Es zeigte sich für die Behandlungsgruppe eine signifikant stärkere Zunahme an Wachstum als für die Wartelisten-Kontrollgruppe. Diese Steigerung des Wachstums erfolgte, obwohl die Therapie keine spezifischen Interventionen zu dessen Förderung enthielt. Die Autoren führten auch Korrelationen der *Gain Scores* (Veränderungen zwischen Pre- und Posttreatment) der Trauer-, Depressions- und Angstsymptomatik sowie des allgemeinen psychischen Funktionsniveaus mit den Wachstumswerten durch. Mit dem Posttreatment-Wachstum korrelierte nur der *Gain Score* des psychischen Funktionsniveaus signifikant und positiv. Die Autoren schließen daraus, dass das allgemeine psychische Funktionieren einen stärkeren Einfluss auf die Reifung zu haben scheint als andere, spezifischere Symptome von komplizierter Trauer. Hinsichtlich des Pretreatment-Wachstums zeigte sich eine signifikante negative Korrelation mit der Verbesserung der Vermeidungssymptome, so dass die Reifung hier als eine die Vermeidung eventuell fördernde, protektive Illusion erscheint. Diese Annahme würde der Vermutung mancher Forscher entsprechen, dass Selbstberichte über persönliche Reifung in gewisser Hinsicht einen Abwehrmechanismus darstellen könnten und dem Trauernden dazu dienen, den Eindruck einer guten Bewältigung zu vermitteln (Taylor, 1983; Wortman, 2004). Auch Maercker und Zöllner (2004) gehen in ihrem „janusköpfigen Zwei-Komponenten-Modell“ davon aus, dass posttraumatisches Wachstum neben einer konstruktiven auch und eine protektiv-illusorische Seite im Sinne von Selbsttäuschung und Selbstberuhigung besitzt. Insgesamt sind Wagner et al. (2007) jedenfalls der Meinung, dass trotz der Einschränkungen der Untersuchung die Ergebnisse darauf hindeuten, dass ihre internetbasierte Therapie persönliches Wachstum fördern kann.

## 1.3 Therapie der komplizierten Trauer

### 1.3.1 *Ergebnisse von Meta-Analysen und Übersichtsartikeln*

Zu der Frage, ob Hinterbliebene nach dem Tod eines nahestehenden Menschen professionelle Hilfe durch Beratung oder Therapie benötigen, wurde in den letzten Jahren zunehmend diskutiert und geforscht. Um einer empirisch fundierten Antwort näher zu kommen, wurden mittlerweile mehrere Meta-Analysen und Übersichtsartikel zu Trauerinterventionen veröffentlicht, deren Ergebnisse im Folgenden berichtet werden. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass sich nur ein geringer Anteil der darin eingeschlossenen Studien eindeutig auf die Therapie einer diagnostizierten komplizierten Trauer bezieht. Weitaus stärker vertreten sind Präventionsstudien, in denen Interventionen auch an einfach Trauernden vollzogen wurden. Außerdem erschweren die uneinheitliche Begrifflichkeit für komplizierte Trauerverläufe, die unzureichende Unterscheidung zwischen einfachen und pathologischen Trauerprozessen und das häufige Fehlen einer soliden und spezifischen Diagnostik von Trauersymptomen die Aussagekraft allgemeiner meta-analytischer Ergebnisse (Rosner & Hagl, 2007; Rosner & Wagner, 2009).

Allumbaugh und Hoyt (1999) berücksichtigten in ihrer Meta-Analyse neben randomisierten und kontrollierten auch nicht-randomisierte und unkontrollierte Studien (reine Prä-Post-Untersuchungen). Insgesamt wurden 35 Studien bezüglich ihrer Wirksamkeit ausgewertet, wobei über alle Effektmaße hinweg durch die Interventionen eine Verbesserung von mittlerer Effektstärke ( $d = 0.43$ ) erzielt wurde. Durch den Einschluss auch unkontrollierter Studien ist dieses Ergebnis allerdings nur unter Vorbehalt interpretierbar, da gerade die Symptome einer einfachen Trauerreaktion über die Zeit hinweg von selbst nachlassen.

Kato und Mann (1999) führten eine Meta-Analyse durch, in die nur randomisierte Kontrollgruppen-Studien (RCTs) aufgenommen wurden, mit gleichen Rekrutierungsmaßnahmen jeweils für die Behandlungs- und Kontrollgruppe und Interventionsbeginn erst nach dem Verlust. 13 Studien erfüllten diese Eingangskriterien. Aufgrund fehlender Informationen konnten in die Analyse aber nur 11 der Studien aufgenommen werden. Die Autoren unterteilten die Interventionen in Einzel-, Gruppen- und Familien-Interventionen. Über alle Effektgrößen hinweg betrug die globale durchschnittliche Effektstärke nur  $d = 0.11$ . Für verschiedene Symptomgruppen waren die Interventionen jedoch unterschiedlich wirksam: Die durchschnittliche Effektstärke bezüglich Depression und Trauer betrug  $d = 0.05$ , so dass in dieser Symptomatik von keiner Verbesserung ausgegangen werden konnte. Für somatische Symptome zeigte sich ein schwacher



Effekt von  $d = 0.27$ , und für andere psychische Symptome betrug die Effektstärke  $d = 0.10$ . Als allgemeines Fazit geben die Autoren an, dass weder Einzel- noch Gruppen- oder Familien-Interventionen eine besondere Wirksamkeit vorweisen konnten.

Neimeyer (2000) zitiert in seinem Artikel die Ergebnisse einer Meta-Analyse aus der unpublizierten Dissertation von Fortner aus dem Jahr 1999. Er kommt zu dem Schluss, dass Trauerberatung und -therapie typischerweise unwirksam und vielleicht sogar schädlich seien, zumindest für Personen, die einen normalen Trauerprozess durchlebten. Andererseits zeige sich aber Evidenz, dass Trauertherapie wirkungsvoller und sicherer für diejenigen Trauernden sei, die eine traumatische Trauer erlebten. Es wurden 23 RCTs analysiert und eine allgemeine durchschnittliche Effektstärke von  $d = 0.13$  errechnet, was einen zwar statistisch signifikanten, aber doch äußerst geringen Vorteil der behandelten im Vergleich zu den unbehandelten Studienteilnehmern widerspiegelt. Für fast 38% der behandelten Klienten wäre es laut Neimeyer (2000) sogar besser gewesen, sie wären in die Kontrollgruppe randomisiert worden und hätten keine Therapie bekommen, was bei anderen Psychotherapien nur für 5% der Fall sei. Dieses Risiko für eine behandlungsinduzierte Verschlechterung sei unakzeptabel. Diese Aussage stieß allerdings eine rege Diskussion an, da nicht alle Trauerforscher in diese negative Sichtweise mit einstimmen wollten bzw. die zugrundeliegenden Berechnungsmethoden anzweifeln (z.B. Larson & Hoyt, 2007, 2009; Stroebe et al., 2008; Schut, 2010). Des Weiteren verglich Neimeyer (2000) die Ergebnisse von Interventionsstudien für „traumatisch“ Trauernde mit jenen für „normal“ Trauernde. Letztere zeigten keinen messbaren Effekt auf irgendeiner Variablen ( $d = 0.06$ ), erstere hingegen wiesen einen positiven Effekt von  $d = 0.38$  auf und zeigten eine geringere Verschlechterungsrate (17% vs. fast 50%). Diese differentielle Effektstärke ist ein interessanter Befund, die Angaben zu den Verschlechterungsraten sollten jedoch nur unter Vorbehalt zur Kenntnis genommen werden.

Schut, Stroebe, van den Bout und Terheggen (2001) kommen aufgrund ihres qualitativen Reviews von Trauerinterventionen zu dem Schluss, dass die Chancen für positivere Ergebnisse umso besser sind, je komplizierter der Trauerprozess bei den behandelten Personen verläuft. Sie richten sich gegen die oft vertretene Ansicht, dass allgemeine präventive Angebote zur Verringerung trauerbedingter Beschwerden nützen. Auch in einem weiteren Übersichtsartikel fanden Schut und Stroebe (2005) für trauerspezifische Routine-Interventionen keine Unterstützung aus quantitativen Evaluationen ihrer Effektivität, und sie bezeichnen sie deshalb als empirisch nicht abgesichert. Hilfsangebote für Personen, die nicht von sich aus Unterstützung suchen, sind ihrer Meinung nach nicht angeraten. Schut (2010) spricht sogar ein klares „Nein“ zu

dieser Art von Interventionen aus. Behandlungen, die zu bald nach dem Verlust einsetzen, könnten unter Umständen den natürlichen Trauerprozess stören, während Interventionen für diejenigen wirksamer seien, die kompliziertere Formen der Trauer zeigten.

Forte, Hill, Pazder und Feudtner veröffentlichten im Jahr 2004 einen sorgfältigen narrativen Übersichtsartikel zu 74 kontrollierten und unkontrollierten Studien. Sie schlussfolgerten aus ihren Recherchen, dass es aufgrund des Mangels an Berichten über kontrollierte klinische Studien zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung nicht möglich sei, eine evidenzbasierte Empfehlung zur Behandlung von trauernden Personen abzugeben. Gute Evidenz gebe es nur für die pharmakologische Behandlung von trauerspezifischer Depression. Für alle anderen Formen der Intervention jedoch konnte – über viele gut durchgeführte experimentelle Studien hinweg – kein konsistentes Muster eines Therapieerfolges identifiziert werden.

Rosner und Hagl (2007) publizierten eine Literaturübersicht, die auf einer Meta-Analyse von Trauerinterventions-Studien bis zum Jahr 2005 beruht (Rosner, Kruse & Hagl, 2005, zit. n. Rosner & Hagl, 2007). Über 50 RCTs wurden dabei berücksichtigt, wobei auch Patientinnen eingeschlossen wurden, die infolge von Tot- und Fehlgeburten oder Abtreibungen trauerten. Als Gesamtergebnis zeigte sich eine mit den früheren Meta-Analysen vergleichbare, niedrige Effektivität der Interventionen ( $d = 0.20$ ). Die Autorinnen sehen als Grund dafür, dass die meisten Untersuchungen einem Präventionsansatz folgten, d.h. allen Trauernden wurde eine Intervention angeboten, unabhängig davon, ob sie eine besonders intensive oder langandauernde Symptomatik sowie funktionale Beeinträchtigungen zeigten (sogenannte universelle Prävention). Bereits Studien mit einem indizierten Präventionsansatz, der die Intervention nur jenen Personen zukommen lässt, die zumindest Risikofaktoren, Einzelsymptome einer schwerwiegenden Trauerreaktion oder depressive Symptomatik vorweisen, erreichten etwas höhere Effektstärken. Die stärksten Behandlungseffekte zeigten sich jedoch in Studien, bei denen solche Patienten psychotherapeutisch behandelt wurden, welche die Kriterien für eine komplizierte oder traumatische Trauer erfüllten, wobei diese Studien noch recht spärlich waren. Beispiele für besonders effektive Interventionen aus diesen drei Gruppen von Studien sind bei Rosner und Hagl (2007) dargestellt. Trotz der eingeschränkten Aussagekraft von Literaturübersichten aufgrund mitunter gravierender methodischer Unzulänglichkeiten einzelner Studien gehen die Autorinnen davon aus, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei Personen mit komplizierter Trauer sinnvoll und hilfreich sind. Wenn zugleich eine andere manifeste psychische Störung vorliegt,

kann diese ihrer Meinung nach mit dafür anerkannten Methoden behandelt und zusätzlich mit einem Trauermodul versehen werden.

Currier, Neimeyer und Berman (2008) untersuchten die Effektivität von 61 kontrollierten Studien der letzten 30 Jahre sowie Moderatoren des Therapieergebnisses. Die Wirksamkeitsvergleiche bezogen sich auf behandelte vs. unbehandelte Personen. Die allgemeinen Ergebnisse offenbarten auch hier kein besonders rosiges Bild: Der sehr kleine, wenn auch statistisch signifikante, beobachtete Vorteil der Behandlungsgruppen gegenüber den unbehandelten Kontrollgruppen in den randomisierten Studien ( $d = 0.16$ ) verschwand bis zum Follow-Up-Zeitpunkt durchschnittlich acht Monate später fast völlig ( $d = 0.05$ ). Zum Vergleich: Die meisten, für die unterschiedlichsten psychischen Störungen evaluierten Psychotherapien zeigen zum Behandlungsende deutlich größere Effekte, welche in der Regel auch bis zur Katamnese aufrechterhalten bleiben (Wampold, 2001, zit. n. Neimeyer & Currier, 2009). Obwohl viele Studien in der genannten Meta-Analyse vernachlässigbare oder sogar negative Effekte zeigten, waren einige doch beeindruckend effektiv, so dass nach Faktoren gesucht wurde, die möglicherweise eine Vorhersage erlauben könnten, wer von Trauerinterventionen am meisten profitiert, und unter welchen Umständen. Der Faktor „Wahl der angezielten Klientel“ zeigte Unterschiede in der Wirksamkeit der Interventionen: Wurden Trauerinterventionen im Sinne universeller Prävention allen Hinterbliebenen verabreicht, so zeigten diese keine messbaren Vorteile gegenüber Personen, die diese Interventionen nicht erhielten ( $d = 0.01$ , Posttreatment). Bekamen jedoch im Rahmen einer selektiven Intervention nur solche Trauernde eine Behandlung, die zu einer Hochrisikogruppe zählten (z.B. Eltern nach dem Verlust eines Kindes, Hinterbliebene nach einem Verlust mit gewaltsamer Todesursache), dann wiesen diese kleine Effekte ( $d = 0.14$ ) gegenüber der Kontrollgruppe auf, welche jedoch bis zum Follow-Up wieder verschwunden waren. Bei indizierten Interventionen für Personen mit starker Symptomatik und Schwierigkeiten im Anpassungsprozess an den Verlust, wie komplizierter Trauer oder Depression, kam es hingegen zu beeindruckenden Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche mit den meisten anderen Psychotherapieformen vergleichbar sind ( $d = 0.53$ ). Dieser Effekt hielt in der Regel auch bis zur Nachuntersuchung an. Das heißt, je belasteter die Personen waren, desto wirkungsvoller waren die Trauerinterventionen.

Eine Meta-Analyse zur relativen und absoluten Wirksamkeit von KVT-basierten Trauerinterventionen führten Currier, Holland und Neimeyer (2010) durch. Nur 11 kontrollierte Studien erfüllten die hierfür festgelegten Aufnahmekriterien. Hinsichtlich ihrer relativen Wirksamkeit erwiesen sich KVT-Interventionen als effektiver im Vergleich zu allgemein üblichen, nicht KVT-basierten Interventionen, und zwar sowohl direkt nach der

Therapie ( $d = 0.27$ ) als auch beim Follow-Up ( $d = 0.25$ ). Wurde allerdings der Einfluss der *Allegiance* (= Überzeugtheit/Anhänglichkeit der Therapeuten gegenüber der jeweiligen Therapieform) statistisch kontrolliert, verschwand diese Überlegenheit der KVT. Die Untersuchung der absoluten Wirksamkeit der KVT-Interventionen, d.h. ihr Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen, brachte eine allgemeine durchschnittliche Effektstärke von  $d = 0.38$  zu Posttreatment hervor. Zum Follow-Up-Zeitpunkt gab es dann keinen signifikant von Null verschiedenen Effekt mehr ( $d = 0.18$ ). Diese eher enttäuschenden Ergebnisse könnten nach Meinung der Autoren unter Umständen darauf zurückzuführen sein, dass die untersuchten Studien zu einem großen Teil normal Trauernde mit eingeschlossen hatten, was – wie oben bereits erwähnt – meist zu niedrigeren Effektstärken führt, als wenn die Interventionen speziell pathologisch oder kompliziert Trauernden angeboten werden. Dennoch liefern die Ergebnisse dieser Meta-Analyse vorläufige Evidenz für die Wirksamkeit KVT-basierter Interventionen bei trauerspezifischen Problemen.

Die aktuellste Meta-Analyse wurde von Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky und van Heeringen (2011) durchgeführt und konzentrierte sich auf komplizierte Trauersymptomatik als Outcome-Variable. Es wurden 14 RCTs in die Analyse eingeschlossen, die entweder Präventions- oder Therapiemaßnahmen für komplizierte Trauer evaluiert hatten. Wiederum zeigten sich für Präventivmaßnahmen keine bedeutsamen Interventionseffekte (Post:  $d = 0.03$ , Follow-Up:  $d = -0.13$ ). Für Therapien konnte zu Posttreatment jedoch eine mittlere Effektstärke ( $d = 0.53$ ) nachgewiesen werden, welche sich bis zur Follow-Up-Untersuchung sogar zu einem starken Effekt ( $d = 1.38$ ) ausbauen konnte. Es ist allerdings anzumerken, dass dieses überraschend gute Follow-Up-Ergebnis lediglich auf der Studie von Boelen et al. (2007) beruht und somit nur schwer generalisierbar ist. Insgesamt kann man auch in dieser Meta-Analyse wieder bestätigt finden, dass Therapieinterventionen den Präventionsmaßnahmen überlegen sind.

Als Fazit der Meta-Analysen und Reviews lässt sich zusammenfassen, dass sich für Trauerinterventionen durchschnittlich substantiell geringere Effekte gezeigt haben, als dies für die meisten anderen psychologischen Interventionen der Fall ist. Diese kleinen Behandlungseffekte könnten jedoch zum Teil auf zu wenig selektiven Einschlusskriterien beruhen, so dass viele normal Trauernde mit gering ausgeprägten Symptomen in die Behandlungsprogramme aufgenommen worden waren (Holland et al., 2009). Aus den Ergebnissen lässt sich des Weiteren folgern, dass bei einem normalen Trauerverlauf eine routinemäßig angebotene Intervention im Sinne einer universellen Prävention nicht sinnvoll ist. Indizierte Prävention bei Risikogruppen erbrachte zwar mittelmäßige Effekte,

welche jedoch nicht über längere Zeit anhaltend waren, so dass die Lage hier als unklar bezeichnet werden muss. Ein allgemeiner Konsens scheint hingegen darüber zu bestehen, dass professionelle Hilfe für stärker Betroffene (kompliziert Trauernde, an trauerspezifischer Depression, PTBS oder anderen Stressreaktionsstörungen Leidende) auf alle Fälle indiziert und wirksam ist (Currier et al., 2008; Rosner & Hagl, 2007; Schut, 2010). Die Effekte erwiesen sich zwar auch hier nur als moderat, dafür aber als überdauernd.

### 1.3.2 Beschreibung verschiedener Therapie-Wirksamkeitsstudien

In diesem Kapitel werden vor allem Studien zu psychotherapeutischen Trauerinterventionen näher betrachtet, die die Wirksamkeit von Einzeltherapien für Erwachsene mit komplizierter Trauersymptomatik oder ähnlich schwerwiegenden, anderweitigen trauerspezifischen Beeinträchtigungen untersuchten. Auf die Darstellung der Behandlung von Kindern wurde im Rahmen dieser Arbeit ebenso verzichtet wie auf die Beschreibung von Gruppen-, Paar- und Familientherapien, obwohl es auch in diesen Bereichen vielversprechende Ansätze gibt (Hauenstein Swan & Scott, 2009; Kissane et al., 2006; Piper, Ogrodniczuk, Joyce, Weideman & Rosie, 2007; Rosner, Kruse & Hagl, 2010; Schut, de Keijser, van den Bout & Stroebe, 1996; Spuij, Dekovic & Boelen, 2013). Sie werden aber, ebenso wie präventive Interventionen, dann am Rande erwähnt, wenn sie aus den näher beschriebenen Therapieverfahren abgeleitet wurden. Tabelle 2 liefert einen Überblick über die als besonders relevant eingeschätzten Studien.

#### 1.3.2.1 Ältere Studien

Aufbauend auf der klinischen Arbeit von Ramsay (1977), der in ungelösten Trauerreaktionen eine Ähnlichkeit zu Phobien sah, führten Mawson, Marks, Ramm und Stern (1981) sowie Sireling, Cohen und Marks (1988) Studien durch, um die Effektivität des sogenannten *Guided Mourning* zu ermitteln, welches Exposition bezüglich schmerzvoller Hinweisreize und vermiedener Erinnerungen und Situationen beinhaltet. Die Studie von Sireling et al. (1988) ist eine Replikation der Untersuchung von Mawson et al. (1981) und wurde wegen der größeren Stichprobe und der längerfristigen Follow-Up-Untersuchung als Repräsentant für das Therapieverfahren in Tabelle 2 dargestellt. In der Kontrollbedingung wurden die Patienten angehalten, sich zu beruhigen und nicht über den Verlust nachzudenken („Anti-Exposition“). Die Behandlungsgruppe zeigte vor allem hinsichtlich Vermeidungssymptomen einen größeren Therapieerfolg als die Kontrollgruppe, nicht jedoch in Depressions- und Angstsymptomen. Einen Überblick über bisherige Forschung zum Guided-Mourning-Ansatz bieten Hefren und Thyer (2012).

Tabelle 2

Übersicht über randomisierte, kontrollierte Effektivitätsstudien zur Einzel-Psychotherapie von komplizierten Trauerreaktionen bei Erwachsenen

Autoren	Stichprobe	Behandlungsbedingungen und Anzahl der Sitzungen	Ergebnismaße	Ergebnisse	Follow-Up
Barbosa et al. (2014)	N=40 KT bei Älteren (ICG $\geq$ 25)	CNT vs. WL 4 Sitzungen	KT (ICG), Depression (BDI), PTBS (IES-R)	2 Monate Posttreatment: CNT > WL in KT, Depression und PTBS	kein späteres Follow-Up mehr
Boelen et al. (2007)	N=54 Klinisch signifikante KT (ICG > 25 und Diagnose nach TGRL)	KVT I (CR+ET) vs. KVT II (ET+CR) vs. SC (=KG) 12 Sitzungen	KT (ICG), allgemeine Psychopathologie (SCL-90), normale Trauer (TRIG)	KVT I = KVT II > SC in KT, KVT II > SC in allgemeiner Psychopathologie, KVT I = KVT II = SC in normaler Trauer „reine“ ET > „reine“ CR	6 Monate: Aufrechterhaltung der Ergebnisse
Jacob (2009)	N=76 Traumaspektrum- störungen (PTBS: 100%, KT: 19%, MDD: 62%) nach Genozid in Ruanda	NET/IPT vs. WL 8 Sitzungen von je ca. 120 Minuten über 8-10 Wochen (6xNET, 2xIPT) Wartezeit der WL: 6 Monate	PTBS (CAPS), KT (PG-13), Depression und Suizidalität (M.I.N.I.)	3 Monate Posttreatment: Verbesserungen in PTBS, KT, Depression und Suizidalität in beiden Gruppen, NET/IPT > WL in PTBS, nicht jedoch in KT, Depression und Suizidalität	12 Monate: weitere Verbesse- rungen in PTBS, KT und Depression, nicht jedoch in Suizidalität
Kersting et al. (2013)	N=228 Eltern nach prä- oder perinatalem Verlust	IB-KVT vs. WL 10 Schreibaufgaben über 5 Wochen, nur E-Mail-Kontakte	KT (ICG-R), Intrusionen und Vermeidung (IES-R), allgemeine Psychopathologie (BSI, mit Subskalen Depression und Angst)	IB-KVT > WL in allen Outcome-Variablen	3 und 12 Monate: weitere Verbesse- rungen in KT
Kleber & Brom (1987)	N=83 Trauerfolgestörungen ( <i>stress response syndrome</i> )	HT vs. PDT vs. TD vs. WL 15-20 Sitzungen Wartezeit der WL: 4 Monate	Allgemeine Symptomatik (z.B. SCL-90), Bewältigungssymptome (IES), Persönlichkeitsfaktoren (z.B. DPQ)	HT=PDT=TD > WL in Intrusionen und Vermeidung, z.T. auch in Angst- und psychoneurotischen Symptomen und Selbstwert	wahrscheinlich 3 Monate (keine genaue Angabe): Aufrechterhaltung der Ergebnisse
Papa et al. (2013)	N=25 KT (nach Prigerson- Kriterien; ICG-R)	VA vs. WL 8-14 Sitzungen	KT (ICG-R), Depression (DASS), PTBS (PCL-S)	VA > WL in KT, Depression und PTBS	12 und 24 Wochen: Aufrechterhaltung der Ergebnisse

(Fortsetzung siehe nächste Seite)

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Reynolds et al. (1999)	N=80 Depression nach interpersonalem Verlust, Trauer (TRIG>45)	AD+IPT vs. AD vs. PL+IPT vs. PL 16 Wochen (durchschnittlich 6 bis 9 IPT-Sitzungen)	Depression (HAMD), Trauer (TRIG, ICG)	AD > PL in Remission von depressiven Episoden; gleiche Verbesserung in Trauerwerten in allen Gruppen (keine Angabe von Signifikanz oder Effektstärken)	kein Follow-Up
Rosner et al. (2014)	N=51 KT (nach Prigerson- Kriterien; PG-13)	IKVT-KT vs. WL 20 reguläre plus 5 optionale Sitzungen	KT (PG-13), allgemeine Psychopathologie (SCL-90-R, mit Subskalen Depression, Ängstlichkeit, Somatisierung, phobische Angst)	IKVT-KT > WL in KT und Depression, nicht in Angst, Somatisierung und allgemeiner Psychopathologie	1,5 Jahre: (vorliegende Studie)
Shear et al. (2005)	N=95 KT (ICG ≥ 30)	CGT vs. IPT 16 Sitzungen über 16 bis 20 Wochen	ICG, BAI, BDI, Work and Social Adjustment Scale	Verbesserung der KT- Symptome in beiden Gruppen, aber CGT > IPT, in CGT schnellere Verbesserung	kein Follow-Up
Sireling et al. (1988)	N=26 Pathologische Trauerreaktionen, mit Vermeidungssymptomatik	GM vs. AE (=KG) 6 Sitzungen über 10 Wochen, dazwischen Hausaufgaben	u.a. Vermeidung, Trauer (TIG), Depression (z.B. BDI), somatische Symptome, Furcht (z.B. FQ), soziale Anpassung	Verbesserungen in beiden Gruppen, GM > AE in Vermeidung und in Leiden durch trauerbezogene Reize	1, 3 und 9 Monate: Aufrechterhaltung der Ergebnisse
Wagner et al. (2006, 2007)	N=55 KT nach Horowitz (1997) - Kriterien	IB-KVT vs. WL 10 Schreibaufgaben über 5 Wochen, nur E-Mail-Kontakte	IES (Intrusionen, Vermeidung), Skala Anpassungsprobleme, Depressions- und Angstsubskalen des BSI, allgemeine körperliche und psychische Gesundheit (SF-12)	IB-KVT > WL in Intrusionen, Vermeidung und Anpassungs- problemen (KT) sowie in Depression und Angst; nicht jedoch in allgemeiner Gesundheit (SF-12)	3 Monate und 1,5 Jahre: Aufrechterhaltung der Ergebnisse

*Anmerkungen* (in alphabetischer Reihenfolge). **AD**=Antidepressiva, **AE**=Antiexposition, **BAI**=Becks Angst-Inventar, **BDI**=Becks Depressions-Inventar, **BSI**=Brief Symptom Inventory, **CAPS**=Clinician Administered PTSD Scale, **CGT**=Complicated Grief Treatment, **CNT**=kognitive narrative Therapie, **CR**=kognitive Umstrukturierung, **DASS**=Depression Anxiety Stress Scales, **DPQ**=Dutch Personality Questionnaire, **ET**=Expositionstherapie, **FQ**=Fear Questionnaire, **GM**=Guided mourning (Exposition), **HAMD**=Hamilton Depression Scale, **HT**=Hypnotherapie, **IB-KVT**=Internet-basierte KVT, **ICG(-R)**=Inventory of Complicated Grief (-Revised), **ICG-R-SF**=Inventory of Complicated Grief-Revised-Short Form, **IES(-R)**=Impact of Event Scale (-Revised), **IKVT-KT**=Integrative KVT für Komplizierte Trauer, **IPT**=Interpersonelle Psychotherapie, **KG**=Kontrollgruppe, **KT**=Komplizierte Trauer, **KVT**=Kognitive Verhaltenstherapie, **MDD**=majore Depression, **M.I.N.I.**=Mini International Neuropsychiatric Interview, **NET**=Narrative Expositionstherapie, **PCL(-S)**=Posttraumatic Stress Disorder Checklist (-Specific), **PDT**=Psychodynamische Kurzzeittherapie, **PG-13**=Prolonged Grief Scale -13, **PL**=Placebo, **PTBS**=Posttraumatische Belastungsstörung, **SC**=unterstützende Beratung, **SCL-90(-R)**=Symptom-Checkliste-90 (-Revised), **SF-12**=Short Form of the Medical Outcome Study Self-Report, **TD**=Trauma-Desensibilisierung (Verhaltenstherapie), **TGRL**=Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss, **TIG**=Texas Inventory of Grief, **TRIG**=Texas Revised Inventory of Grief, **VA**=Verhaltensaktivierung, **WL**=Wartelistenkontrollgruppe

Kleber und Brom (1987) untersuchten die Wirksamkeit von drei psychotherapeutischen Interventionen (Hypnotherapie, Trauma-Desensibilisierung und psychodynamische Therapie) im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe bei pathologisch trauernden Personen. Die Behandlungsgruppen waren der Kontrollgruppe überlegen, und zwar v.a. in Intrusions- und Vermeidungssymptomen. Zwischen den Behandlungsgruppen konnte jedoch kein Effektivitätsunterschied gefunden werden.

In der Studie von Marmar, Horowitz, Weiss, Wilner und Kaltreider (1988) wurden Witwen mit ungelösten Trauerreaktionen entweder einer individuellen psychodynamischen Kurzzeittherapie oder Selbsthilfegruppen zugewiesen. In beiden Behandlungsbedingungen zeigten sich im Rahmen der Completer-Analyse ähnliche Verbesserungen in stressspezifischen und allgemeinen Symptomen, ebenso wie im sozialen und beruflichen Funktionsniveau. Nur in einem Maß der allgemeinen Symptomatologie befanden sich die Witwen mit psychodynamischer Therapie im Vorteil. Leider zeigt die Studie einige methodische Schwächen, so dass die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretierbar sind (Rosner, 2003). Aus diesem Grund wurde sie nicht in Tabelle 2 aufgenommen.

Azhar und Varma (1995) evaluierten eine religiös orientierte Psychotherapie. Die in Malaysia durchgeführte Studie umfasste 30 trauernde Personen mit der Diagnose *Majore Depression*. Die Autoren verglichen reguläre Psychotherapie plus Antidepressiva mit der gleichen Behandlung, jedoch plus zusätzlicher, religiös geprägter Psychotherapie auf KVT-Basis. Letztere hatte einen signifikant günstigeren Effekt auf die Depressions-Symptomatik, v.a. kurzzeitig betrachtet. Schut et al. (2001) schätzen die Ergebnisse zwar als interessant, aufgrund methodischer Schwächen jedoch als nicht überzeugend ein. Rosner und Hagl (2007) bemängeln, dass kein spezifisches Trauermaß verwendet wurde und man so zwar eine Verringerung der Depressions-Symptome zeigen konnte, bezüglich der Trauer-Symptomatik aber keinerlei Aussage möglich ist. Auch diese Studie erscheint demzufolge nicht in Tabelle 2.

### 1.3.2.2 Neuere Ansätze

#### 1.3.2.2.1 *Complicated Grief Treatment* (Shear et al.)

Shear et al. (2001, 2005) entwickelten und überprüften die sogenannte Komplizierte-Trauer-Behandlung (*Complicated Grief Treatment*; CGT). Nach einer erfolgreichen Pilotstudie (Shear et al., 2001) führten sie eine randomisierte Kontrollgruppenstudie (Shear et al., 2005) an 95 Patienten durch, welche jeweils der CGT- oder der Standard-IPT-Bedingung zugewiesen wurden. Die Behandlungen umfassten ungefähr 16 Sitzungen im Verlauf von durchschnittlich 19 Wochen. Die CGT kann als modifizierte IPT



bezeichnet werden und wurde in Anlehnung an die Bindungstheorie von Bowlby (2006/1980) und an das Duale-Prozess-Modell der Trauerbewältigung (Stroebe & Schut, 1999) entwickelt (Shear & Mulhare, 2008). Außerdem wurden Elemente aus der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung der PTBS nach Foa und Rothbaum (1998) hinzugenommen. Drei Hauptprozesse sollen durch die Therapie gefördert werden: Anerkennung der Endgültigkeit des Todes und seiner Konsequenzen, Überarbeitung der mentalen Repräsentation bezüglich des Verstorbenen und Neudefinition der eigenen Lebensziele (Shear & Mulhare, 2008). Der Behandlungsablauf der CGT ist in drei Phasen unterteilt. In der mittleren, welche die längste ist und am intensivsten und spezifischsten auf die Verringerung der komplizierten Trauersymptomatik ausgerichtet ist, kommen Expositionsverfahren in sensu und in vivo bezüglich vermiedener todesspezifischer Inhalte zum Einsatz. Außerdem wird ein Gefühl für die weitere Verbundenheit mit dem Verstorbenen anhand von strukturiert geleiteten Erinnerungen und einem imaginativen Gespräch mit der verstorbenen Person gefördert. Bisher vermiedene Situationen und Aktivitäten werden bewusst aufgesucht und neue Lebensziele und -rollen definiert.

Sowohl die CGT als auch die IPT führten zu Verbesserungen in KT-Symptomen, Angst und Depression (Effektstärken für die CGT: siehe Tabelle 3 [aus den im Artikel angegebenen Prä- und Post-Werten selbst berechnet]). In der Completer-Analyse wurde jedoch eine signifikante Überlegenheit der CGT über die IPT hinsichtlich der Trauer- und Depressionssymptomatik sowie der beruflichen und sozialen Anpassung ermittelt, ebenso eine signifikant schnellere Verbesserung in der CGT. Auch der Anteil der Personen, die auf die Behandlung ansprachen, war in der CGT-Bedingung höher als in der IPT-Behandlung. Dennoch konnte die CGT nur für 51% der ITT- und 66% der Completer-Stichprobe als erfolgreich bezeichnet werden. Auch die hohen Abbruchraten, sowohl in der Pilotstudie als auch im RCT (38% bzw. 26%), fordern laut den Autoren eine weitere Verbesserung dieser neuen Therapiemethode.

Interessant ist der Hinweis der Autoren, den sie aufgrund einer nachträglichen Analyse der Untersuchungsdaten zu den Auswirkungen einer gleichzeitigen Antidepressiva-Einnahme gaben, welche bei 45% der Studienteilnehmer der Fall war: Patienten, die antidepressive Medikamente eingenommen hatten, führten die CGT häufiger zu Ende als diejenigen ohne Antidepressiva (91% vs. 58%), was auf die IPT-Behandlung jedoch nicht zutraf (70% vs. 77%; Simon et al., 2008). Eine vorsichtige Empfehlung für die Kombinationsbehandlung aus Psychopharmaka und Psychotherapie bei komplizierter Trauer wurde daraufhin abgegeben (Shear & Mulhare, 2008).

Eine vielversprechende, jedoch noch unkontrollierte Pilotstudie, in welcher die CGT an Personen mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit angepasst wurde, führten

Zuckoff et al. (2006) durch. 16 Patienten mit komplizierter Trauer und komorbider Substanzstörung erhielten eine manualisierte, 24 Sitzungen umfassende Therapie, die zusätzlich zur CGT noch motivationsfördernde Gesprächsführung, Emotionsbewältigung und Kommunikationsfertigkeiten enthielt. Sowohl die Completer- als auch die ITT-Analyse zeigten signifikante Reduktionen in Trauer- und Depressionssymptomen, mit jeweils großen Effektstärken. Die Anzahl der Abstinenztage steigerte sich und das Craving ging zurück. Ebenfalls eine unkontrollierte Pilotstudie führten Asukai, Tsuruta und Saito (2011) mit japanischen Frauen durch, deren Angehörige einen gewaltsamen Tod erlitten hatten. Sie änderten das Behandlungsprotokoll von Shear et al. (2005) geringfügig ab, um es speziell an die traumatischen Todesumstände anzupassen. Die vorläufigen Ergebnisse sind ermutigend, mit signifikantem und starkem Rückgang der Trauersymptomatik.

Schließlich wurde die CGT in etwas modifizierter Form auch als Gruppentherapie mit älteren Personen evaluiert (*Complicated Grief Group Therapy*; CGGT; Supiano & Luptak, 2013). Auch in dieser Studie konnte die spezifische Trauertherapie durch signifikant stärkere Symptomreduzierung gegenüber einer Standardbehandlung überzeugen ( $d = 1.34$ ), mit einer weiteren Verbesserung zwischen der Post- und der Follow-Up-Messung.

#### 1.3.2.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie für komplizierte Trauer (Boelen et al.)

Eine von Boelen (2006) vorgestellte Psychotherapie für kompliziert Trauernde wurde von Boelen et al. (2007) im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert. Die Intervention ist aus dem von Boelen, van den Hout et al. (2006) erarbeiteten und unter Abschnitt 1.2.8.4 beschriebenen kognitiv-behavioralen Modell der komplizierten Trauer abgeleitet. Folgende Prozesse sollen mit Hilfe der Therapie ermöglicht werden: (1) der Verlust soll in das autobiographische Gedächtnis integriert werden, z.B. durch Exposition in sensu bezüglich des Verlustes und seiner Folgen; (2) dysfunktionale Gedanken und Interpretationen sollen identifiziert, in Frage gestellt und verändert werden; (3) maladaptives ängstliches und depressives Vermeidungsverhalten soll durch funktionalere Verhaltensweisen ersetzt werden. Als besonders hilfreich bezeichnet Boelen (2008) Exposition in sensu (bezüglich der schmerzhaftesten Erinnerungen an den Verlust) und in vivo (bezogen auf ängstlich vermiedene Hinweisreize, wie an den Tod erinnernde Orte oder Menschen), kognitive Umstrukturierung (am besten kombiniert mit Verhaltenstests und Exposition) und Verhaltensaktivierung (mit expliziter Zielformulierung und schrittweiser Umsetzung). Zusätzliche Interventionen können in Psychoedukation (zur Normalisierung und Akzeptanz eigener Trauerreaktionen) und Reaktionsverhinderung

(z.B. bei zwanghaft anmutenden Grabbesuchen oder exzessivem Ruminieren über das „Warum“ des Verlustes) bestehen.

Die von Boelen et al. (2007) evaluierte Intervention wurde hinsichtlich ihrer Therapiebausteine in zwei unterschiedlichen Reihenfolgen durchgeführt: zuerst sechs Sitzungen Exposition und dann sechs Sitzungen kognitive Umstrukturierung (*ET+CR*) bzw. in umgekehrter Reihenfolge (*CR+ET*). Diese beiden Behandlungsbedingungen wurden mit unterstützender Beratung (*SC*) als Kontrollgruppe verglichen. Die Exposition bezog sich sowohl auf internale (Erinnerungen, Gedanken) als auch auf externale (Orte, Menschen) Stimuli, die die Patienten zu vermeiden tendierten. Allmählich sollte eine Konfrontation mit der tatsächlichen Realität des Verlustes möglich sein. In der Beratungsbedingung wurden die Teilnehmer aufgefordert, mit dem Therapeuten über ihre diversen, mit dem Verlust zusammenhängenden Probleme zu sprechen.

An der Studie nahmen 54 Personen teil, die Abbruchrate betrug rund 26% in den beiden Behandlungsgruppen. Alle Teilnehmer hatten zu Studienbeginn die Diagnose *komplizierte Trauer* erhalten (*ICG* > 25 Punkte, plus verfeinerte Kriterien nach Prigerson und Jacobs [2001]). Die beiden kognitiv-behavioralen Bedingungen erwiesen sich im Rahmen der Completer-Analyse als effektiver in der Verringerung der komplizierten Trauer und der allgemeinen psychischen Belastung als die unterstützende Beratung. Die Bedingung *ET+CR* schien zwar deskriptiv wirksamer zu sein als *CR+ET*, der Unterschied erreichte jedoch im direkten Vergleich keine statistische Signifikanz. Exposition war in der Reduktion der komplizierten Trauersymptomatik effektiver als kognitive Umstrukturierung: Die ITT-Analyse in der Mitte der Behandlung zeigte, dass die Verbesserung der Symptomatik nach sechs Sitzungen *ET* größer war als nach sechs Sitzungen *CR*. Außerdem führte das Hinzufügen von *ET* zu *CR* nach sechs Sitzungen zu mehr zusätzlicher Verbesserung als das Hinzufügen von *CR* zu *ET*. Die Prä-Post- und Prä-Katamnese-Effektstärken bezüglich komplizierter Trauer waren hoch (siehe Tabellen 3 und 4), der Anteil der bis zur Postmessung klinisch signifikant gebesserten Patienten variierte in den Behandlungsgruppen: 31 bzw. 22% (Completer bzw. ITT) bei *CR+ET* und 50 bzw. 45% bei *ET+CR*. Die Behandlungseffekte wurden bis zum 6-Monats-Follow-Up aufrechterhalten.

Eine an Kinder und Jugendliche angepasste Abwandlung dieser Therapieform entwickelten Spuij und Mitarbeiter. Sie umfasst neun Therapiesitzungen mit den Kindern/Jugendlichen und fünf zusätzliche Beratungssitzungen mit den Eltern. In ersten Untersuchungen erwies sie sich als vielversprechend, die RCT-Evaluation läuft aktuell noch (Spuij, Dekovic et al., 2013; Spuij, Prinzie, Dekovic, van den Bout & Boelen, 2013; Spuij, van Londen-Huiberts & Boelen, 2013).

Ebenfalls auf dem kognitiv-behavioralen Modell komplizierter Trauer von Boelen et al. (2006) beruht eine familienzentrierte, KVT-basierte Intervention zur Prävention von KT-Symptomen bei Angehörigen von Suizidopfern. Sie zeigte sich erfolgreich vor allem für diejenigen Familienmitglieder, die selbst Suizidgedanken hatten (de Groot, Neeleman, van der Meer & Burger, 2010).

#### *1.3.2.2.3 Integrative kognitive Verhaltenstherapie für prolongierte Trauer (KVT-PG; Rosner et al., 2014)*

Die Ergebnisse der der vorliegenden Untersuchung zugrundeliegenden randomisierten Kontrollgruppenstudie wurden kürzlich veröffentlicht (Rosner, Pfoh, Kotoučová & Hagl, 2014). Bereits vorher erschienen dazu zwei Dissertationen (Kotoučová, 2012; Pfoh, 2012), in denen die Therapie noch unter ihrer ursprünglichen Bezeichnung geführt wird (Integrative KVT für Komplizierte Trauer, IKVT-KT). Dieses Therapieverfahren verbindet KVT-typische Elemente, wie kognitive Umstrukturierung und Konfrontationsmethoden, mit Verfahren anderer Therapieschulen, z.B. Gestalttherapie, Lösungsorientierter Kurzzeittherapie und Multigenerationaler Familientherapie. Es wird in Abschnitt 2.2.3 ausführlich beschrieben, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet wird. Verglichen wurde die Intervention mit einer Wartelistenkontrollgruppe (WG). Es ergaben sich signifikant stärkere Symptomverbesserungen in Trauer- und Depressionssymptomen bei der Behandlungsgruppe (BG) im Vergleich zur WG, mit Between-Effektstärken von  $d = 1.61$  für KT und  $d = 0.60$  für Depression (Completer-Analyse). Die Within-Effektstärken für die verschiedenen Symptombereiche werden in Tabelle 3 berichtet. Nach dem strengen Zwei-Stufen-Kriterium von Jacobson und Truax (1991; s. Abschnitt 2.5.4.4) verbesserten sich 42% der BG im Vergleich zu nur 4% der WG klinisch signifikant. Die Entwicklung posttraumatischen Wachstums im Therapieverlauf und der Einfluss der Therapiebeziehung auf den Therapieerfolg wurden durch Kotoučová (2012) untersucht. Es zeigte sich im Vergleich zur WG eine marginal signifikant stärkere Zunahme des posttraumatischen Wachstums bei den behandelten Patienten, mit einer korrigierten Effektstärke von  $d = 0.41$ . Die zunächst vermutete bedeutsame Rolle der therapeutischen Allianz für die Prädiktion der Posttreatment-Trauersymptomatik ließ sich hingegen nicht bestätigen. Die Durchführung und Auswertung der 1,5-Jahres-Katamnese sind Thema der vorliegenden Arbeit.

In abgewandelter Form wurde dieses Therapieverfahren auch als Gruppentherapie bei stationären psychosomatischen Patienten eingesetzt. Seine Wirksamkeit in der Reduktion komplizierter Trauersymptomatik im Vergleich zur Standardbehandlung der Klinik konnte nachgewiesen werden (Rosner, Lumbeck & Geissner, 2011).

#### 1.3.2.2.4 Internetbasierte Trauertherapien (Wagner et al., Kersting et al.)

Auch Wagner, Knaevelsrud und Maercker (2005, 2006) entwickelten eine spezifische Therapie für komplizierte Trauerformen. Es handelt sich dabei um eine internetbasierte KVT, welche eine Kommunikation zwischen Therapeut und Patient nur per E-Mail vorsieht. Im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie wurde die Wirksamkeit der Behandlung im Vergleich zu einer unbehandelten Wartelisten-Kontrollgruppe evaluiert. 55 Personen mit der Diagnose *komplizierte Trauer* (nach Horowitz-Kriterien; Horowitz et al., 1997) nahmen daran teil. Die niedrige Dropout-Rate von nur 8% ist positiv hervorzuheben. Als Trauer-Ergebnismaße fungierten die drei Symptomcluster *Intrusionen*, *Vermeidung* und *Misslingen einer Anpassung an den Tod*.

Als Grundlage für die Entwicklung der Inhalte dieser Behandlungsform diente das Duale-Prozess-Modell nach Stroebe und Schut (1999). Die Intervention besteht aus einer Kombination von Schreiben über emotional belastende Themen und kognitiv-behavioralem Vorgehen. Die Schreibaufgaben umfassten insgesamt zehn Aufsätze über einen Zeitraum von fünf Wochen. Nach jedem zweiten Essay erhielten die Teilnehmer ein Feedback und neue Instruktionen durch einen Therapeuten. Inhaltlich wurde die Behandlung in drei Module unterteilt: (1) Exposition hinsichtlich trauerbezogener Reize, (2) kognitive Umstrukturierung und (3) Integration und Wiederherstellung (soziale Teilhabe).

Sowohl zum Posttreatment-Zeitpunkt als auch bei der 3-Monats-Katamnese war die Behandlungsgruppe (BG) der Wartelisten-Kontrollgruppe (WG) in der Verringerung der komplizierten Trauer und der allgemeinen psychopathologischen Symptome überlegen. Auch die statistisch reliable und klinisch bedeutsame Verbesserung war signifikant größer in der BG als in der WG. Der von der BG erzielte Therapieerfolg war auch nach drei Monaten noch stabil. In der 1,5-Jahres-Katamnese (Wagner & Maercker, 2007) wurden nur die Completer der BG nachuntersucht, das heißt, es wurde kein Kontrollgruppenvergleich mehr durchgeführt. Die zum Posttreatment-Zeitpunkt beobachtete Symptomreduktion konnte auch bis zu diesem Zeitpunkt aufrechterhalten werden. Klinische Signifikanz wurde anhand eines Cutoff-Wertes der *Impact of Event Scale* (IES) ermittelt: Während vor der Therapie 69% der Teilnehmer über dem Cutoff lagen, waren es bei der 1,5-Jahres-Katamnese nur noch 5%.

Basierend auf diesen positiven Ergebnissen entwickelten Wagner und Maercker (2008) ein internetbasiertes Präventionsprogramm für trauernde Personen mit hohem Risiko für einen komplizierten Trauerverlauf. Dieses umfasst fünf Schreibaufgaben in einem Zeitraum von drei Wochen und führte in einer Prä-Post-Pilotstudie an 35 Personen zu signifikanten Verbesserungen in Trauer- und Depressionssymptomen. Ebenfalls eine

internetbasierte indizierte Präventionsmaßnahme entwickelten Litz et al. (2014). Deren Evaluation im Rahmen einer randomisierten und kontrollierten Studie ergab für die BG im Vergleich zur WG eine signifikant stärkere Verringerung sowohl in der Trauersymptomatik als auch in Depressions-, Angst- und PTBS-Symptomen. Diese Verbesserungen konnten auch bis zur 3-Monats-Katamnese aufrechterhalten werden. Dass eine Therapie bereits vor dem Vorhandensein einer voll ausgeprägten komplizierten Trauer hilfreich sein kann und nicht zwangsläufig zu einer Störung des natürlichen Trauerprozesses führen muss, sehen die Autoren damit bestätigt.

Kersting und Kolleginnen übernahmen das Konzept der oben beschriebenen, internetbasierten KVT von Wagner et al. (2005, 2006) und passten es an die Bedürfnisse von Eltern nach prä- oder perinatalem Verlust an (Kersting, Kroker, Schlicht & Wagner, 2011). Sie führten zwei RCTs durch (Kersting, Kroker, Schlicht, Baust & Wagner, 2011; Kersting et al., 2013), wobei diejenige aus dem Jahr 2011 als Pilotstudie betrachtet wurde. Beide Studien zeigten bei der BG im Vergleich zur WG von Prä zu Post signifikant stärkere Symptomreduktionen in komplizierter Trauer, posttraumatischer Belastung, allgemeiner psychopathologischer Belastung und Depression, die neuere der beiden Studien auch auf der Angstskaala. Bei Kersting et al. (2013) lagen die Effektstärken für den Gruppenvergleich im mittleren bis hohen Bereich, speziell für die komplizierte Trauer bei  $d_{\text{between}} = 0.56$ . Obwohl auch die WG nach Ablauf der fünf Wochen Wartezeit die Behandlung erhielt, wurden die beiden Follow-Up-Untersuchungen bei Kersting et al. (2013) lediglich mit den BG-Teilnehmern durchgeführt und scheinen bei Veröffentlichung des Artikels noch nicht komplett abgeschlossen gewesen zu sein. Die bereits untersuchten Therapie+Katamnese-Completer konnten ihre Trauersymptom-Verbesserungen sowohl bis zum 3-Monats- als auch bis zum 12-Monats-Follow-Up statistisch signifikant weiter ausbauen. Da es sich um dieselbe Interventionsform handelt, wird in Tabelle 2 nur die neuere und umfangreichere Studie (Kersting et al., 2013) aufgeführt. Sie stellt zwar im strengen Sinne keine tertiäre Intervention dar, weil das Vorliegen komplizierter Trauer nicht als Einschlusskriterium galt. Da der Tod eines eigenen Kindes, unabhängig davon, ob es schon geboren war oder nicht, einen empirisch gut bestätigten Risikofaktor für die Entwicklung komplizierter Trauer darstellt und die Stichprobe im Mittel auch über dem von den Autorinnen verwendeten Cutoff-Wert für KT lag, ist doch von einer hohen Belastung der Teilnehmer auszugehen. Außerdem sprachen die Aktualität und die Relevanz der Studie, insbesondere für den deutschen Sprachraum, für ihre Aufnahme in die Tabelle.

Van der Houwen, Schut, van den Bout, M. Stroebe und W. Stroebe (2010) überprüften das sogenannte *Pennebaker-Paradigma* des Heilens durch expressives

Schreiben (Pennebaker & Beall, 1986), und zwar für die Anwendung an kompliziert Trauernden bzw. Risikogruppen für pathologische Trauerverläufe. Sie orientierten sich bei der Zusammenstellung der Schreibweisungen jedoch auch an Prinzipien der KVT und gliederten die Intervention in dieselben drei Phasen wie Wagner et al. (2006). Im Gegensatz dazu wurde die Intervention jedoch als eine reine Selbsthilfemaßnahme, ohne jeglichen Therapeutenkontakt vollzogen, und kann damit nicht als Psychotherapie, sondern vielmehr als Selbsthilfemaßnahme bezeichnet werden. Als Ergebnis zeigte sich eine Verbesserung in Trauer, Depression, emotionaler Einsamkeit und positiver Stimmung für beide Gruppen, jedoch in emotionaler Einsamkeit und positiver Stimmung signifikant stärker für die BG als die WG. Zum Teil wurden diese Erfolge durch eine Verringerung des Ruminierens mediert. Man kann aufgrund der Ergebnisse also nicht davon ausgehen, dass sich durch das angeleitete Schreiben die Trauer verbessert hätte. Die Effektstärken bewegten sich im kleinen Bereich, konnten aber bis zum Follow-Up nach sechs Monaten aufrechterhalten werden. Dass die Internet-Interventionen von Wagner et al. (2006) und Wagner und Maercker (2008) mehr Erfolg hinsichtlich der Reduktion von Trauersymptomen zeigten, kann möglicherweise daran liegen, dass die Teilnehmer bei diesen Interventionen vom Therapeuten jeweils ein persönliches Feedback zu ihren Essays erhielten. Auch die Dropoutrate erwies sich ohne Therapeutenkontakt als ausgesprochen hoch (46%; van der Houwen, Schut et al., 2010), was darauf schließen lässt, dass therapeutische Rückmeldung und Anleitung eine wesentliche Rolle für den Interventionserfolg spielen.

Auf zwei weitere internetbasierte Ansätze wird in der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen, da es sich bei der jeweiligen Zielpopulation um nicht-klinische Stichproben handelt (Dominick et al., 2009-2010; Lichtenthal & Cruess, 2010).

Zusammenfassend kann man als Vorteile von internetbasierten Interventionen mehrere Aspekte in Betracht ziehen, wie beispielsweise die geographische Unabhängigkeit, eine durch die Anonymität eventuell erleichterte Öffnungsbereitschaft sowie niedrige Kosten (Wagner et al., 2006). Kritisch ist allerdings zu sehen, dass das Internet für viele Menschen vielleicht nicht das passende Medium einer Psychotherapie darstellt. Beispielsweise scheinen vor allem weniger gebildete Personen damit nicht leicht erreicht zu werden (Kersting et al., 2013). Außerdem müssen die Einschlusskriterien relativ strikt gehandhabt werden und schwerer erkrankte Personen an Therapiemaßnahmen mit engerem Therapeutenkontakt verwiesen werden.

#### 1.3.2.2.5 Narrative Ansätze

Eine Studie an Waisen und Witwen in Zusammenhang mit dem Genozid in Ruanda (Jacob, 2009) soll in diesem Rahmen erwähnt werden, obwohl es sich dabei eigentlich um eine Therapie der PTBS handelt. Da jedoch auch die Symptomatik einer komplizierten Trauer formalisiert erhoben und ausgewertet wurde, sind die Ergebnisse der Untersuchung auch für die vorliegende Arbeit interessant. Einheimische ruandische Psychologen wurden in *Narrativer Expositionstherapie* (NET) und IPT ausgebildet, führten anschließend die Therapien durch und bildeten ihrerseits wieder neue Therapeuten aus. Die Studienteilnehmer hatten neben einer PTBS (100%) zum Teil auch eine Depression (62%) sowie eine prolongierte Trauer (19%), nachdem sie im Rahmen des Genozids (ca. 13 Jahre vor Durchführung der Studie) multiple traumatische Ereignisse und Verluste erlebt hatten. Zunächst wurde im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie eine Behandlungsgruppe (BG), die eine Kombination aus NET und IPT erhielt, mit einer unbehandelten Wartelistenkontrollgruppe (WG) hinsichtlich ihrer Verbesserungen in PTBS-, Trauer- und Depressionssymptomen sowie Suizidalität verglichen. Drei Monate nach Behandlungsende (Posttreatment-Messung) zeigten beide Gruppen signifikante Verbesserungen in allen Ergebnismaßen im Vergleich zur Pretreatment-Messung. Nur hinsichtlich der PTBS-Symptomatik war die BG der WG jedoch überlegen. Zwischen Posttreatment und dem 12-Monats-Follow-Up kam es zu weiteren Verbesserungen der behandelten Patienten in allen Outcome-Maßen, außer bei der Suizidalität, bei welcher die Therapiewirkungen stabil blieben. Dass auch die WG Verbesserungen zeigte, führt die Autorin darauf zurück, dass es diesen Teilnehmern freigestellt war, sich anderweitig Hilfe zu suchen, und viele dies vermutlich auch taten. Ein weiterer Grund könnten ihrer Meinung nach die wiederholten Diagnostik- und Psychoedukationssitzungen und der empathische Kontakt mit den Psychologen gewesen sein. Schließlich erhielten auch die WG-Teilnehmer dieselbe Therapie, und auch sie zeigten signifikante Verbesserungen, mit einer Aufrechterhaltung der Ergebnisse bis zum 12-Monats-Follow-Up. Die Autorin sieht in der durchgeführten NET/IPT-Therapie Ähnlichkeiten mit der spezifischen Trauertherapie von Shear et al. (2005), da im Rahmen der NET Exposition mit den traumatischen Verlusten stattfand und sich an die sechs Sitzungen NET noch zwei IPT-Einheiten anschlossen, in denen zum Teil ebenfalls auf die Trauer eingegangen wurde. Da die durchgeführte Therapie nicht nur hinsichtlich des Hauptkriteriums der PTBS-Symptomatik, sondern durchaus auch bezüglich der prolongierten Trauersymptome erfolgreich war, sieht die Autorin die Notwendigkeit eines eigenen Trauermoduls in der Behandlung traumatischen Verlustes in Frage gestellt.



Von Schaal, Elbert und Neuner (2009b) wurde ebenfalls die Narrative Expositionstherapie an Hinterbliebenen des ruandischen Genozids (14- bis 28-jährige Waisen mit PTBS) angewandt und evaluiert, hier jedoch unter Hinzunahme eines Trauermoduls (Guided Mourning). Leider kam dabei kein spezifisches Trauermaß zum Einsatz, so dass keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob sich neben den PTBS- und Depressionssymptomen auch die Trauersymptomatik reduziert hat.

Ein weiterer narrativer Ansatz, die sogenannte kognitiv-narrative Psychotherapie (Cognitive Narrative Psychotherapy [CNT], Goncalves, 2002, zit. n. Barbosa, Sá & Rocha, 2014) wurde von Barbosa et al. (2014) an kompliziert Trauernden im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert. Die Stichprobe bestand aus 40 älteren Heimbewohnern zwischen 65 und 92 Jahren, die um ihren Ehepartner trauerten. Im Vergleich zu einer WG verbesserte sich die BG signifikant stärker sowohl in Trauer- als auch in Depressions- und PTBS-Symptomen. Außerdem reduzierte sich der Anteil kompliziert Trauernder, ermittelt anhand eines ICG-Scores von  $\geq 25$  Punkten, von 100% Pretreatment auf 26% zwei Monate Posttreatment. Dieser Therapieerfolg ist umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass es sich um nur vier Sitzungen handelte. In diesen wurden die Patienten aufgefordert, über ihr Leben und ihren Verlust zu sprechen und eine spezifische Episode herauszugreifen, welche dann näher hinsichtlich damit verbundener Emotionen und Kognitionen betrachtet wurde. Schließlich wurden dazu passende Metaphern entwickelt. In der letzten Sitzung wurde an positiven und sinngebenden Zukunftsprojektionen gearbeitet und wiederum Metaphern dazu entworfen.

#### 1.3.2.2.6 Behavioral Activation (Verhaltensaktivierung)

Papa, Sewell, Garrison-Diehn und Rummel (2013) untersuchten den Ansatz der reinen Verhaltensaktivierung als Alternative zu anderen Therapieformen, welche mehr die emotionale Verarbeitung des Verlustes in den Mittelpunkt stellen. Es soll, in der Nomenklatur des Dualen Prozessmodells, hier vielmehr der wiederherstellungsorientierte Aspekt der Trauerbewältigung gefördert werden, indem das Verhaltensrepertoire der Patienten hinsichtlich ihrer Außenaktivitäten erweitert wird. Ziel ist es, sinngebende, positive Verstärkungsmechanismen in Gang zu setzen, welche zu einem Rückgang von Vermeidungsverhalten und Rumination, zu einer funktionalen Wiederherstellung, Erhöhung der Resilienz und Reduktion der Symptomatik beitragen sollen. In der Untersuchung wurde die Behandlungsgruppe mit einer Wartelistenkontrollgruppe verglichen: Nach der Therapie hatten sich die behandelten Patienten signifikant stärker in ihrer Trauer-, Depressions- und PTBS-Symptomatik verbessert als die unbehandelten, mit hohen Effektstärken von  $d_{\text{between}} = 1.01-1.74$ . Allerdings zeigte auch die Wartegruppe schon während der Wartezeit Verbesserungen von mittleren Effektstärken, so dass ihre

Behandlungseffekte, nachdem sie ebenfalls die Intervention erhalten hatte, nicht mehr ganz so hoch ausfielen wie bei der ersten Therapiegruppe (Within-Effektstärken siehe Tabellen 3 und 4). Der Therapieerfolg blieb auch bis zu den Follow-Up-Zeitpunkten nach 12 und 24 (nur BG) Wochen stabil. Die Therapieresponse-Rate (klinische Signifikanz nach Jacobson & Truax, 1991) lag für die komplizierten Trauersymptome direkt nach der Behandlung bei 45% und zur 12-Wochen-Katamnese bei 60%. Die Intervention wies bei den Patienten hohe Akzeptanz auf und zeigte, unter den drei Outcome-Variablen, die höchste Effektivität für komplizierte Trauer, obwohl sie ursprünglich aus dem Bereich der Depressionsbehandlung stammt (Papa et al., 2013).

Im Rahmen einer unkontrollierten Pilotstudie konnten auch Acierno et al. (2012) den positiven Effekt der Verhaltensaktivierung bestätigen, und zwar in ihrer Anwendung an älteren Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 66 Jahren. Die von ihnen eingesetzte Intervention beinhaltete auch Exposition und war mit nur fünf wöchentlichen Sitzungen, davon zwei per Telefon, sehr kurz und ressourcensparend. Sie führte dennoch zu signifikanten Verbesserungen in komplizierter Trauer-, PTBS- und Depressionssymptomatik.

#### 1.3.2.2.7 EMDR

Auch EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) wird neuerdings als Behandlungsmethode für komplizierte Trauer vorgeschlagen (Solomon & Rando, 2012). Eine Feldstudie verglich EMDR mit dem in Abschnitt 1.3.2.1 kurz beschriebenen *Guided Mourning* bei Personen mit traumatischem Verlust von Familienangehörigen oder engen Freunden (Sprang, 2001). Während sich die posttraumatische Belastung in beiden Gruppen signifikant verbesserte, mit einem Vorteil allerdings der EMDR-Behandlung, zeigte die Trauersymptomatik jedoch keine wesentliche Veränderung. Allerdings wurde als Messinstrument der TRIG-Fragebogen verwendet, welcher eher normale Trauerverläufe widerspiegelt (siehe Abschnitt 1.2.4) und somit als Maß für komplizierte Trauer nicht geeignet ist. Weitere Forschungsbemühungen sind hier angezeigt.

#### 1.3.2.2.8 Medikamentöse Behandlung

Zur Effektivität psychopharmakologischer Therapie im Bereich komplizierter Trauer sind angesichts der derzeitigen Forschungslage noch keine definitiven Aussagen möglich (Bui, Nadal-Vicens & Simon, 2012; Mancini, Griffin & Bonanno, 2012; Prigerson et al., 2008). Ging man zunächst davon aus, dass medikamentöse Behandlung bei komplizierter Trauer nicht wirkt, sondern höchstens bei der Verringerung einer gleichzeitig vorhandenen depressiven oder ängstlichen Symptomatik helfen kann (Raphael, Minkov & Dobson, 2001; Reynolds et al., 1999), gibt es mittlerweile erste

Hinweise, dass sie doch eine positive Wirkung auch auf die Trauersymptomatik haben könnte. Bui et al. (2012) fassen die bisherigen Forschungsergebnisse in der Weise zusammen, dass es trotz spärlicher empirischer Befundlage Hinweise auf die Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva gebe, obwohl diese mehr auf die depressiven als auf die trauerspezifischen Symptome zu wirken scheinen. Auch für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gebe es vorläufige Ergebnisse, die eine positive Wirkung auf sowohl Depression als auch Trauer nahelegen, und zwar sowohl als Einzelmaßnahme als auch in Verbindung mit Psychotherapie. Wie weiter oben bereits erwähnt, gibt es auch Hinweise auf eine Verbesserung der Effektivität und des Durchhaltens trauerspezifischer Psychotherapie durch Antidepressiva-Einnahme (Simon et al., 2008). Insgesamt ist jedoch auch auf dem Gebiet der pharmakologischen Therapie noch viel Forschungsaufwand nötig, um endgültige Schlussfolgerungen ableiten zu können.

### *1.3.3 Fazit*

Zusammenfassend kann man sagen, dass in den letzten Jahren vielfältige Ansätze zur Behandlung komplizierter Trauerverläufe entwickelt und zum Teil auch evaluiert wurden. Nach eher ernüchternden Ergebnissen von Meta-Analysen, die unter Einbezug aller Arten von Trauerinterventionsstudien nur geringe Effektstärken berichten konnten, wurden bei spezifischer Betrachtung von Interventionen für stärker belastete oder kompliziert Trauernde doch zumindest Effekte mittlerer Stärke sichtbar. Neuere Therapiestudien, die im Wesentlichen nur pathologisch trauernde Patienten einschlossen, weisen allerdings zum Teil sehr deutliche Therapieerfolge auf, die vergleichbar mit Psychotherapien für andere psychische Störungen sind. In Tabelle 3 sind die Within-Group-Effektstärken aktueller Behandlungsansätze, einschließlich unkontrollierter Pilotstudien, dargestellt. Klinisch signifikante Besserungsraten wurden in die Übersicht nur dann aufgenommen, wenn sie zumindest einem der beiden Kriterien von Jacobson und Truax (1991) entsprachen, da sonst die Vergleichbarkeit nicht ausreichend gegeben ist. Die überzeugenden Therapieeffekte bestätigen, in Zusammenschau mit den Ergebnissen der Meta-Analysen, die unter führenden Trauertherapieforschern relativ einstimmig vertretene Schlussfolgerung: Während Trauerinterventionen für symptomfreie oder milde Trauerverläufe, welche sich über den Zeitverlauf meist von selbst oder mit Hilfe des sozialen Netzwerkes regulieren, wirkungslos oder sogar kontraindiziert sind, kann trauerspezifische Psychotherapie für diejenigen Trauernden, die eine lang andauernde, intensive und komplizierte Trauersymptomatik aufweisen, als eine evidenzbasierte oder zumindest empfehlenswerte

Behandlungsmethode bezeichnet werden (Neimeyer & Currier, 2009; Jordan & Litz, 2014). Die Prä-Katamnese-Effektstärken werden in Tabelle 4 (Seite 58) dargestellt und unterstützen diese Aussage zusätzlich.

Tabelle 3

*Prä-Post-Effektstärken und klinische Signifikanz neuerer Psychotherapie-Studien zu komplizierter Trauer*

	Komplizierte Trauer	Komplizierte Trauer	Allgemeine Psycho-pathologie	Depression	PTBS	Angst
	<i>d</i>	Klin. Sign.	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Shear et al. (2005)	1.64	--	--	1.22	--	0.83
Wagner et al. (2006)	1.47 <sup>a)</sup>	57%,38%,26% <sup>b)</sup>	0.98	1.74	1.52 (Intrus.) 1.25 (Verm.)	0.96
Zuckoff et al. (2006) <sup>c)</sup>	2.01	--	--	2.82	--	--
Boelen et al. (2007)	1.36 (CR+ET) 1.80 (ET+CR)	31% (CR+ET) <sup>d)</sup> 50% (ET+CR) <sup>d)</sup>	1.18 1.15	--	--	--
Jacob (2009)	0.31 (Gr.1) 0.98 (Gr.2)	--	--	0.53 (Gr.1) 0.03 (Gr.2)	0.66 (Gr.1) 1.01 (Gr.2)	--
Asukai et al. (2011)	1.72	54% <sup>e)</sup>	--	0.99	1.97 (Intrus.) 1.87 (Verm.) 1.62 (Hyper.)	--
Kersting et al. (2013)	0.98 (ITT)	--	0.78	0.75	0.92 (Intrus.) 0.84 (Verm.)	0.59
Papa et al. (2013)	2.45 (Gr.1) 1.86 (Gr.2)	45%	--	2.05 (Gr.1) 1.00 (Gr.2)	2.12 (Gr.1) 1.49 (Gr.2)	--
Barbosa et al. (2014)	1.63	--	--	1.16	2.02	--
Rosner et al. (2014)	1.65	42%	0.68	0.68	-- <sup>f)</sup>	0.53

*Anmerkungen.* Effektstärken sind Within-Group-Effektstärken (Cohens *d*) für die Completer-Stichproben (falls nicht anders angegeben). Klin. Sign. = Anteil klinisch signifikant Verbesserter an allen Completern nach 2-Schritt-Kriterium von Jacobson und Truax (falls nicht anders angegeben), ITT = Intent-to-treat-Stichprobe, ET = Expositionstherapie, CR = kognitive Umstrukturierung, Intrus. = Intrusionen, Verm. = Vermeidung, Hyper. = Hyperarousal, -- = ohne Angabe, Gr. = Gruppe

<sup>a)</sup> nur bezogen auf das Symptomcluster *Anpassungsprobleme*, die Cluster *Intrusionen* und *Vermeidung* sind unter *PTBS* aufgeführt

<sup>b)</sup> nur Reliable Change Index; die Angaben beziehen sich auf *Intrusionen*, *Vermeidung*, *Anpassungsprobleme*

<sup>c)</sup> 50% Dropoutanteil: *n* (Completer) = 8

<sup>d)</sup> nur Kriterium „2 Standardabweichungen unter kranker Population“, kein Reliable Change Index

<sup>e)</sup> nur Reliable Change Index

<sup>f)</sup> bisher nicht veröffentlicht

Weiterhin besteht jedoch großer Forschungsbedarf, hinsichtlich der Diagnostik eines komplizierten Trauerverlaufs ebenso wie hinsichtlich der Risikofaktoren, fundierter theoretischer Modelle, der differentiellen Indikation und des Therapieprozesses. Eine wichtige Frage ist vor allem auch, was nun wirklich wesentliche Bestandteile von KT-Therapien sein sollten. Was für Trauernde wirklich hilfreich ist, kann jedoch erst durch die differentielle Untersuchung verschiedener Therapiekomponenten beantwortet werden (Jordan & Litz, 2014). Vorerst kann nur eine Annäherung über eine Zusammenfassung der Bestandteile erfolgreicher Therapieformen erfolgen.

Da zwei wichtige Hindernisse einer erfolgreichen Trauerverarbeitung bei vielen kompliziert Trauernden in Ruminieren und Vermeidung bestehen (Shear & Mulhare, 2008), wird es ein vorrangiges Therapieziel sein, diese ungünstigen Denkmuster und Verhaltensweisen aufzugeben. So haben sich in bisherigen Therapiestudien zwei Interventionstechniken aus der Kognitiven Verhaltenstherapie als besonders wirkungsvoll erwiesen: Exposition und kognitive Umstrukturierung (Maercker & Znoj, 2010; Rosner & Wagner, 2009). Exposition kann beispielsweise über das wiederholte und intensive, erfahrungsorientierte Wiedererzählen der Todesumstände und der damit verbundenen Gefühle und Reaktionen erfolgen. Ebenso kann eine Form der geführten Begegnung mit der verstorbenen Person hilfreich sein, wie z.B. im Rahmen eines symbolischen Dialogs oder durch das Schreiben eines Briefes. Weitere wichtige therapeutische Elemente können sein: das Fördern sozialer Teilhabe (Maercker & Znoj, 2010; Wagner et al., 2006; Wagner & Maercker, 2008), die Berücksichtigung einer Wiederherstellungsorientierung (Pflegen von Beziehungen, Übernahme neuer Rollen und Verpflichtungen, Verfolgen von Zielen, die an die neue Realität angepasst sind; siehe z.B. Papa et al., 2013; Stroebe & Schut, 1999), die Etablierung eines ritualisierten Gedenkens an den Verstorbenen oder einer funktionalen, fortbestehenden Verbindung mit ihm (Field, 2008; Rubin, 1999) sowie die Unterstützung der Bedeutungs- und Sinnfindung (Lichtenthal, Currier, Neimeyer & Keese, 2010; Neimeyer, Burke, Mackay & van Dyke Stringer, 2010). Auch geschlechtsspezifische (Kersting, 2007) und kulturspezifische (Rosenblatt, 2008, 2013; Walter, 2010) Aspekte der Trauerbewältigung sollten bei Trauertherapien in Betracht gezogen werden, wobei hier ebenfalls die empirische Befundlage für endgültige Empfehlungen noch zu dünn ist.

## 1.4 Weitere Aspekte der Psychotherapieforschung

### 1.4.1 *Prädiktoren des Therapieerfolgs*

Da Patienten mit psychischen Störungen interindividuell unterschiedlich auf psychotherapeutische Behandlungen ansprechen, ist die Ermittlung von Prädiktoren des Therapieerfolgs ein wesentlicher Bestandteil der Psychotherapieforschung. Neben einer Prognose der Therapieeffekte bieten sie wichtige Hinweise für die differentielle Indikation einer Therapie, also für die Frage, für wen eine Therapie geeignet oder nicht geeignet ist. Zur Verbesserung der Interventionen sind diese Informationen unentbehrlich.

Zu Prädiktoren des Therapieerfolgs von Trauerinterventionen gibt es bisher allerdings nur wenige empirische Befunde. Da in den entsprechenden Studien außerdem unterschiedliche Operationalisierungen von Therapieerfolg sowie verschiedene methodische Ansätze benutzt wurden, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur eingeschränkt gegeben, weshalb diese als vorläufig zu bezeichnen sind.

Unter den Meta-Analysen konnten nur in jener von Allumbaugh und Hoyt (1999) Moderatorvariablen der Therapiewirksamkeit ausfindig gemacht werden. Die bedeutsamsten Zusammenhänge mit positiveren Behandlungseffekten zeigten hierbei ein geringerer Zeitabstand zum Todesereignis sowie weniger Personen mit Verlust des Partners in der Stichprobe. Bei letzterem Moderator wurde allerdings auch ein quadratischer Zusammenhang statistisch signifikant, und zwar insofern, dass mittlere Prozentanteile von Partnerverlust, also eine heterogene Zusammensetzung der Stichproben, mit besseren Effektstärken in den jeweiligen Interventionen verbunden waren, als besonders niedrige oder besonders hohe Anteile. Auch hinsichtlich des Alters zeigte sich sowohl ein linearer Zusammenhang (Jüngere profitierten mehr) als auch ein quadratischer (mittleres Alter günstiger), so dass eine endgültige Aussage nicht möglich ist. In der Meta-Analyse von Currier und Kollegen (2008) konnten diese Zusammenhänge allerdings nicht bestätigt und auch keine anderen Moderatoren gefunden werden. Es wurden lediglich für indizierte Interventionen höhere Effektstärken ermittelt als für universelle und selektive, und Studien mit überwiesenen Patienten verzeichneten mehr Erfolg als Studien, die intensiv um Teilnehmer geworben hatten.

Bezogen auf Gruppentherapie konnten insbesondere interpersonelle Prädiktoren des Behandlungserfolgs gefunden werden (Joyce, Ogrodniczuk, Piper & Sheptycki, 2010; Ogrodniczuk, Piper, McCallum, Joyce & Rosie, 2002). Während bei Ogrodniczuk et al. (2002) ein hohes Ausmaß an Bindungssicherheit (bezogen auf die Beziehung zur verstorbenen Person), hohe Qualität der Objektbeziehungen (bei Teilnahme an der interpretativen Therapieform) sowie ein aktuell gutes soziales Funktionsniveau einen

besseren Therapieerfolg vorhersagten, war dies in der Replikationsstudie von Joyce et al. (2010) nur für die Bindungssicherheit der Fall. Inwiefern diese Ergebnisse auf Einzeltherapie übertragbar sind, muss allerdings erst noch überprüft werden. Zusätzlich war in beiden Studien eine höhere Belastung mit komplizierten Trauersymptomen vor Therapiebeginn mit schlechterem Therapie-Outcome verbunden, was so bereits von Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt & Rosenbaum (1984, zit. n. Joyce et al., 2010) gefunden wurde. Dies entspricht der allgemein anerkannten Rolle der Symptomschwere als negativen Prädiktor des Therapie-Outcomes (Clarkin & Levy, 2004).

Auch das Therapieverfahren, welches der vorliegenden Studie zugrundeliegt, wurde – allerdings im Gruppentherapie-Setting – auf Moderatoren des Therapieerfolgs untersucht (Rosner, Lumbeck & Geissner, 2011). Alter und Geschlecht erwiesen sich nicht als bedeutsam, die Trauerschwere zu Therapiebeginn war hingegen mit unterschiedlich starker Trauersymptomverringerung verbunden: Patienten mit anfänglich stärker ausgeprägter Trauersymptomatik verbesserten sich im Verlauf der Therapie mehr als solche mit geringerer Symptomausprägung, was konträr zu den oben erwähnten Befunden von Joyce et al. (2010) und Ogrodniczuk et al. (2002) ist. Kotoučová (2012) untersuchte den Einfluss der Therapiebeziehung auf das KT-Outcome im Rahmen des Einzeltherapie-Settings derselben Intervention. Es konnte, allerdings nur marginal signifikant, bestätigt werden, dass eine bessere therapeutische Allianz im Therapieverlauf mit einer Verringerung der jeweiligen KT-Symptomatik verbunden war. Insgesamt konnte die Bewertung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten jedoch zu keinem Therapieprozess-Zeitpunkt die KT-Schwere zu Posttreatment vorhersagen.

Die bisher im Bereich der KT-Therapien wohl einzige Prädiktorenstudie, die psychophysiologische Einflussfaktoren untersuchte, konnte den angenommenen Einfluss der Adrenalinwerte auf den Therapieerfolg statistisch bestätigen: Höhere Adrenalinwerte (nicht jedoch Noradrenalin- oder Dopaminwerte) der Patienten zu Therapiebeginn waren mit schlechterem Outcome hinsichtlich komplizierter Trauersymptomatik verbunden (O'Connor et al., 2013).

Die beste Vergleichsgrundlage für die vorliegende Untersuchung bildet die Untersuchung von Boelen, de Keijser, van den Hout und van den Bout (2011), da es sich hierbei ebenfalls um eine KVT-basierte Einzeltherapie für komplizierte Trauer handelt und Ergebnisse auch für das Follow-Up angegeben werden. Das Katamneseintervall ist mit sechs Monaten allerdings deutlich kürzer als das der vorliegenden Untersuchung (18 Monate). Der Therapieerfolg wurde ebenfalls mittels *Residual Gain Scores* in komplizierter Trauersymptomatik zwischen Prä und Post sowie Prä und Follow-Up operationalisiert, wobei jedoch nur ITT-Analysen durchgeführt wurden. Niedrigeres

Bildungsniveau, der Verlust des Partners oder eines Kindes, vorzeitiger Therapieabbruch sowie niedrigere Motivation waren jeweils mit geringerer Verbesserung in den beiden untersuchten Zeitintervallen verbunden. Trotz signifikanter Korrelationen der Prä-Trauerschwere mit der Post- bzw. Follow-Up-Trauerschwere zeigte diese keinen wesentlichen Einfluss auf die Trauerreduktion in diesen Zeiträumen, was die Autoren als Hinweis darauf auslegen, dass die von ihnen entwickelte Intervention sowohl für leichtere als auch für schwerere Fälle kompliziert Trauernder geeignet ist. Der jeweils einzigartige Beitrag der genannten Prädiktoren geht jedoch aufgrund der univariaten Methodik aus der Untersuchung nicht hervor. Eine Prädiktorenanalyse bezogen auf die Veränderungen während des sechsmonatigen Katamneseintervalls wurde leider nicht durchgeführt.

#### 1.4.2 Katamnese Studien

Um fundiertere Aussagen aus der Trauerinterventionsforschung ableiten zu können, ist in Zukunft nicht nur die Anzahl der wissenschaftlichen Studien zu erhöhen, sondern es ist auch vermehrt auf eine hohe methodische Qualität zu achten (Schut & Stroebe, 2005). Auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung ist man sich relativ einig, dass Follow-Up-Untersuchungen einen wichtigen Bestandteil von Therapie-Evaluationen darstellen (z.B. Chambless & Hollon, 1998; Kazdin, 1994; Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004; Lambert & Archer, 2006; Rüger & Senf, 1994) und aus Sicht der Patientenversorgung Langzeit-Effektivität nicht weniger wichtig ist, als es Kurzzeit-Ergebnisse sind (van Dyck, 1996). Nicholson und Berman (1983) kamen in ihrem vielzitierten Übersichtsartikel zwar zu dem Schluss, dass man auf Follow-Up-Untersuchungen in den meisten Fällen verzichten könne. Sie argumentieren, dass die Information, die man zum Follow-Up-Zeitpunkt erhält, nur wenig zu jener hinzufügt, welche man am Ende der Behandlung besitzt. Zum Beispiel war das Ergebnis eines Patienten am Ende der Therapie meist hoch korreliert mit dessen Ergebnis beim Follow-Up, was auch z.B. Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw & van Dyck (1998) in ihrer Meta-Analyse zu Follow-Up-Untersuchungen bezüglich der Behandlung von Panikstörungen so berichten. Andere Autoren betonen jedoch die weitaus größere klinische Aussagekraft von Katamnese-Untersuchungen im Vergleich zu reinen Ergebnisstudien, da sie die Stabilität von Psychotherapie-Erfolgen über einen längeren, therapiefreien Zeitraum prüfen (Rüger & Senf, 1994). Auch wegen eines manchmal auftretenden *sleepers effects*, also einer verzögerten, erst nach Therapieende einsetzenden Verbesserung des Patientenzustandes, und weil in manchen Studien Unterschiede zwischen Posttreatment- und Follow-Up-Outcome durchaus auch festgestellt wurden, sollten nach Kazdin (1994) Katamnesen durchgeführt werden. Lambert und Archer (2006) betonen, dass manche Störungsbilder aufgrund ihrer



erhöhten Rückfallgefahr nicht als fachgerecht untersucht bezeichnet werden können, wenn nicht mindestens ein Jahr nach der Intervention eine Nachuntersuchung erfolgt. Im Allgemeinen erwartet man deshalb in der modernen Therapieforschung, dass die Evaluation einer Behandlung eine Katamnese einschließt (Chambless & Hollon, 1998), auch wenn man meistens – zumindest auf den Gruppenmittelwert bezogen – von einer Aufrechterhaltung der Behandlungseffekte über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr ausgehen kann (Lambert & Archer, 2006). Die Länge des Katamnese-Zeitraums sollte daher möglichst mehr als ein Jahr betragen, was allerdings zur Folge hat, dass neben dem dann meist nur noch naturalistischen, unkontrollierten Design und diversen Einflussfaktoren während des Follow-Up-Intervalls die Attrition eine besondere Herausforderung darstellt (ebenda).

In der Trauerinterventionsforschung herrscht bisher ein Mangel an solide durchgeführten Follow-Up-Untersuchungen. So berichten Currier et al. (2008) in ihrer Meta-Analyse gerade einmal von zwei Follow-Up-Studien innerhalb der Untergruppe indizierter Interventionen, Wittouck et al. (2011) beschreiben unter der Gruppe der Behandlungsstudien zu komplizierter Trauer sogar nur eine einzige (Boelen et al., 2007). Currier und Mitarbeiter (2008) sind der Meinung, dass außer den bekannten Schwierigkeiten bei Katamnesestudien das Syndrom der komplizierten Trauer insbesondere dadurch Probleme aufwerfen kann, dass es Vermeidungssymptome beinhaltet, welche es manchen Patienten schwer machen könnte, trauerbezogene Fragebögen zu beantworten. Sie berichten in ihrer Meta-Analyse für die Tertiär-Interventionen zu Posttreatment mittlere Effektstärken, welche auch bis zu den Follow-Up-Untersuchungen beibehalten werden konnten. Wittouck et al. (2011) errechneten sogar weitere Verbesserungen bis zur Katamnese. Auch in den einzelnen randomisierten Kontrollgruppenstudien wird zum Teil eine Aufrechterhaltung, zum Teil ein weiterer Ausbau der kurzfristigen Therapieerfolge berichtet (siehe Tabelle 2). Tabelle 4 gibt einen Überblick über die unkontrollierten Prä-Katamnese-Effektstärken relevanter Vergleichsstudien. Obwohl selbst bei komplizierten Trauerprozessen ein geringfügiger Symptommrückgang im Zeitverlauf nicht völlig auszuschließen ist, sind die längerfristigen Therapieeffekte der angeführten Studien doch sehr überzeugend.

Tabelle 4

*Prä-Katamnese-Effektstärken und klinische Signifikanz relevanter Vergleichsstudien*

	N	Follow-Up-Intervall	KT	KT	Allgem. Psycho-pathologie	Depression	PTBS	Angst
		Monate	d	K.S.	d	d	d	d
Wagner et al. (2006, 2007)	25	3	1.17 <sup>a)</sup>	k.A. <sup>b)</sup>	0.64	1.27	1.63/1.26 <sup>c)</sup>	0.94
	22	18	1.66 <sup>a)</sup>		1.02	1.64	2.09/1.53 <sup>c)</sup>	1.14
Boelen et al. (2007)	16	6	1.41 <sup>d)</sup>	k.A.	1.32 <sup>d)</sup>	--	--	--
	16		1.82 <sup>e)</sup>		1.55 <sup>e)</sup>			
Jacob (2009)	37	12	1.31	43% <sup>f)</sup>	--	1.05	1.48	--
	31		1.08	100% <sup>f)</sup>		0.39	1.15	
Asukai et al. (2011)	13	3	1.49	k.A.	--	0.99	1.54/1.77 <sup>c)</sup>	--
		6	1.36			0.85	1.62/1.44 <sup>c)</sup>	
		12	1.48			0.86	1.22/1.26 <sup>c)</sup>	
Kersting et al. (2013)	85	3	1.35	k.A.	0.86	0.81	1.16/1.03 <sup>c)</sup>	0.44
	45	12	1.63		1.19	1.05	1.47/1.07 <sup>c)</sup>	0.71
Papa et al. (2013)	11	3	3.09	60% <sup>g)</sup>	--	1.86	2.10	--
	9		1.65			0.98	1.40	

*Anmerkungen.* Bei den angegebenen Effektstärken handelt es sich um unkontrollierte Within-Group-Effektstärken (Cohens *d*). KT = komplizierte Trauer, K.S. = Anteil klinisch signifikant Verbesserte, k.A. = keine Angaben.

<sup>a)</sup> kein spezifisches Maß zur Einschätzung der komplizierten Trauersymptomatik, sondern Zusammenfügung der drei Bereiche *Intrusionen*, *Vermeidung* und *Anpassungsprobleme*; die Angaben hier beziehen sich auf *Anpassungsprobleme*, die anderen beiden Symptomcluster sind unter *PTBS* aufgeführt

<sup>b)</sup> Ermittlung anhand eines Cutoff-Scores für PTBS-Symptome (*IES*), also keine reguläre KT-Diagnostik

<sup>c)</sup> *Intrusionen/Vermeidung*

<sup>d)</sup> *CR+ET*

<sup>e)</sup> *ET+CR*

<sup>f)</sup> Ablegen des Diagnosestatus

<sup>g)</sup> 2-Schritt-Kriterium nach Jacobson und Truax (1991)

## 1.5 Ziele, Forschungsfragen und Hypothesen

### 1.5.1 Zielsetzung

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zur Entwicklung und Evaluation effektiver und akzeptierter Behandlungen für Personen beizutragen, die nach einem interpersonalen Verlust durch Tod Schwierigkeiten haben, mit diesem zurechtzukommen, und dabei krankheitswertige Symptome im Sinne einer komplizierten Trauer entwickeln. Dass auf diesem Gebiet noch viel Forschungsbedarf besteht, wird in der wissenschaftlichen Literatur allgemein bestätigt. Das konkrete Hauptziel der durchgeführten Untersuchung besteht in der Evaluation der längerfristigen Wirksamkeit

der IKVT-KT – einer integrativen, KVT-basierten Einzeltherapie zur Behandlung komplizierter Trauer bei Erwachsenen. Dies soll sowohl anhand des primären Ergebnismaßes komplizierter Trauersymptome als auch anhand der sekundären und tertiären Endpunkte durchgeführt werden, welche die psychopathologische Gesamtbelastung, das Ausmaß an posttraumatischen Belastungssymptomen und die posttraumatische persönliche Reifung umfassen. Des Weiteren sollen mögliche Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg exploriert werden. Besonderes Interesse gilt auch den Angaben der Studienteilnehmer im Nachbefragungsbogen, und zwar bezüglich ihrer momentanen Situation und der Faktoren, die das Zeitfenster seit dem Ende der Therapie bzw. seit dem Dropout-Zeitpunkt betreffen, sowie ihre Therapiebewertung und Abbruchgründe. Um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden, wichtige Zusatzinformationen zu erhalten sowie den natürlichen Verlauf der unbehandelten oder nur geringfügig behandelten Symptomatik mit der Verlaufsentwicklung jener zu vergleichen, die die Trauertherapie vollständig durchlaufen haben, wurden auch die Studienabbrecher in die Nachbefragung mit einbezogen.

## 1.5.2 Hypothesen

### 1.5.2.1 Hypothesen zur primären Ergebnisvariablen: Komplizierte Trauer

#### 1.5.2.1.1 Zeitraum Pretreatment bis Follow-Up

Frage: Wie hat sich die Trauersymptomatik bei den Teilnehmern seit der Pretreatment-Messung entwickelt? Gibt es hierbei Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts?

In verschiedenen Meta-Analysen und Reviews wiesen diejenigen Interventionen, die mit kompliziert Trauernden oder anderweitig unter klinischen Symptomen leidenden Personen durchgeführt wurden, längerfristige Therapieerfolge von zumindest moderaten Effekten auf (z.B. Currier et al., 2008). Neuere Studien aus den letzten Jahren, welche auch Katamnesen durchführten, berichten sogar über hohe Effektstärken bezüglich der Trauersymptomverringerung (siehe Tabelle 4). Da die hier untersuchte Behandlungsform erfolgreiche Techniken verschiedener Ansätze in sich vereint, sollten sich die behandelten Patienten deutlich gegenüber ihrer Ausgangslage verbessert haben. Trauerbelastung vermindert sich zwar im Fall eines natürlichen Trauerverlaufs über die Zeit hinweg von selbst. Da sich jedoch ein komplizierter Trauerverlauf gerade dadurch von normaler Trauer unterscheidet, dass er sich als langwierig und äußerst beeinträchtigend erweist (Zisook et al., 2010), ist im Falle nicht erfolgter oder vorzeitig

abgebrochener Behandlung eher von einer Chronifizierung der Symptomatik auszugehen. Folgendes wird also erwartet:

**Hypothese 1.1.** Die Trauersymptomatik ist bei den Therapie-Completern 1.5 Jahre nach Therapieende signifikant geringer ausgeprägt als zu Beginn der Therapie.

**Hypothese 1.2.** Bei den Dropouts bleibt die Trauersymptomatik hingegen stabil auf hohem Niveau.

**Hypothese 1.3.** Aufgrund der Stärke der Symptomverbesserung der Therapie-Completer zeigt auch die Gesamtstichprobe (ITT) noch eine signifikante Verbesserung.

**Hypothese 1.4.** Im Vergleich zu den Dropouts zeigt sich bei den Therapie-Completern seit der Pretreatment-Messung eine signifikant stärkere Trauersymptomverringern.

#### *1.5.2.1.2 Zeitraum Posttreatment bis Follow-Up*

Frage: Blieben die erzielten kurzfristigen Therapieeffekte vom Posttreatment- bis zum Follow-Up-Zeitpunkt stabil erhalten oder gibt es signifikante Abweichungen im Vergleich zur Posttreatment-Messung?

In der Psychotherapieforschung wird meist von einer Aufrechterhaltung des Psychotherapieerfolges bis zur Nachuntersuchung berichtet (z.B. Chambless & Hollon, 1998; Lambert & Archer, 2006; Nicholson & Berman, 1983). Auch in der Meta-Analyse von Currier et al. (2008) werden für diejenigen Trauerinterventionen, die mit kompliziert Trauernden durchgeführt wurden, stabile Therapieeffekte berichtet, was ebenfalls bei den meisten in Tabelle 2 (S. 38/39) aufgeführten Einzelstudien der Fall ist. Deshalb wird Folgendes angenommen:

**Hypothese 1.5.** Im Vergleich zur Posttreatment-Messung zeigt sich für die Therapie-Completer beim Follow-Up ein unveränderter Therapieeffekt, das heißt, die Trauersymptomatik bleibt über das Follow-Up-Intervall von 1.5 Jahren relativ stabil.

Explorativ soll auch der Anteil remittierter (Ablegen der Diagnose) und klinisch signifikant gebesserter Patienten (nicht mehr der kranken Population zugehörig plus statistisch reliable Verbesserung) ermittelt und ein Vergleich zwischen Respondern und Non-Respondern durchgeführt werden.

### *1.5.2.2 Hypothesen zur sekundären Ergebnisvariablen:*

*Psychopathologische Gesamtbelastung (mit den Subskalen  
Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierungstendenz)*

#### *1.5.2.2.1 Zeitraum Pretreatment bis Follow-Up*

Frage: Wie haben sich die psychopathologische Gesamtbelastung und deren Unterbereiche Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierungstendenz bei den Teilnehmern seit Therapiebeginn entwickelt?

Unbewältigte, chronifizierte Trauer kann sich in individuell sehr unterschiedlicher Weise äußern, und neben einer komplizierten Trauer sind oftmals komorbide psychische und somatische Symptome oder Störungen vorhanden. Obwohl die hier untersuchte Trauertherapie speziell auf die Reduktion der Trauersymptomatik abzielt, ist eine Verbesserung in anderen Symptombereichen durchaus auch zu erwarten (Shear & Mulhare, 2008). In verschiedenen anderen Trauertherapiestudien konnte dies bereits beobachtet werden (siehe Tabellen 2 bis 4). Ohne Therapie tendiert diese Art der Symptomatik zur Chronifizierung. Die Hypothesen lauten deshalb:

**Hypothese 2.1.** Die allgemeine psychopathologische Belastung sowie die Unterbereiche Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierungstendenz reduzieren sich im Vergleich zur Pretreatment-Messung bei den Therapie-Completern signifikant.

**Hypothese 2.2.** Bei den Dropouts bleibt diese Symptomatik im Vergleich zur Pretreatment-Messung unverändert stark bestehen.

#### *1.5.2.2.2 Zeitraum Posttreatment bis Follow-Up*

Frage: Blieben die gegebenenfalls erzielten Therapieeffekte hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung vom Posttreatment- bis zum Follow-Up-Zeitpunkt stabil erhalten oder gibt es signifikante Abweichungen im Vergleich zur Posttreatment-Messung?

Wie bereits oben erwähnt, wird in der Psychotherapieforschung meist von einer Aufrechterhaltung des Psychotherapieerfolges bis zur Nacherhebung berichtet (z.B. Chambless & Hollon, 1998; Lambert & Archer, 2006; Nicholson & Berman, 1983). Auch wenn das primäre Ziel der hier evaluierten Intervention in der Verringerung der komplizierten Trauersymptomatik bestand, ist bei gegebenenfalls erzielter Verbesserung der Begleitsymptomatik deshalb auch mit deren Aufrechterhaltung über den Katamnesezeitraum hinweg auszugehen. Folgendes wird deshalb angenommen:

**Hypothese 2.3.** Die im Verlauf der Therapie gegebenenfalls erzielten Verbesserungen in allgemeiner psychopathologischer Belastung sowie in Depressivität, Ängstlichkeit und

Somatisierungstendenz können von den Therapie-Completern während des Katamneseintervalls stabil beibehalten werden.

### *1.5.2.3 Hypothesen zu den tertiären Ergebnisvariablen: Posttraumatische Belastung und posttraumatische persönliche Reifung*

#### *1.5.2.3.1 Zeitraum Pretreatment bis Follow-Up*

Frage: Wie haben sich die posttraumatische Belastung und die posttraumatische persönliche Reifung seit dem Therapiebeginn entwickelt?

Der Tod eines nahestehenden Menschen wird von manchen Hinterbliebenen als traumatisches Ereignis erlebt und kann infolgedessen sowohl posttraumatische Krankheitssymptome als auch posttraumatisches Wachstum nach sich ziehen. Da die zu evaluierende Trauertherapie konfrontative Elemente bezüglich des Verlusterlebnisses beinhaltet, ist eine Reduzierung posttraumatischer Symptome naheliegend, so wie dies bereits in anderen Therapiewirksamkeitsstudien berichtet wurde (z.B. Kersting et al., 2013; Papa et al., 2013; Wagner et al., 2006; Wagner & Maercker, 2007). Da die Therapieform außerdem die Verarbeitung und Akzeptanz des Verlustes, die Entwicklung hilfreicherer Kognitionen und die Förderung der alltagspraktischen Bewältigung enthält, kann auch eine Steigerung des subjektiv wahrgenommenen, posttraumatischen Wachstums erwartet werden. Wagner et al. (2007) konnten genau dies, zumindest bei ihrer Posttreatment-Erhebung, auch so beobachten, obwohl die von ihnen untersuchte Therapieform ebenfalls keine expliziten Methoden zur Förderung posttraumatischen Wachstums enthielt. Deshalb folgende Annahmen:

**Hypothese 3.1.** Die posttraumatische Belastungssymptomatik reduziert sich bei den Therapie-Completern signifikant im Zeitraum zwischen Pretreatment und Katamnese.

**Hypothese 3.2.** Bei den Dropouts bleibt sie in diesem Zeitraum unverändert stark bestehen.

**Hypothese 3.3.** Die posttraumatische persönliche Reifung steigert sich zwischen Pretreatment und Katamnese bei den Therapie-Completern signifikant.

**Hypothese 3.4.** Bei den Dropouts bleibt das posttraumatische Wachstum in diesem Zeitraum hingegen auf dem Ausgangsniveau.

#### *1.5.2.3.2 Zeitraum Posttreatment bis Follow-Up*

Frage: Blieben die gegebenenfalls erzielten Therapieeffekte hinsichtlich der posttraumatischen Belastung und des posttraumatischen Wachstums vom Posttreatment-

bis zum Follow-Up-Zeitpunkt stabil erhalten oder gibt es signifikante Abweichungen im Vergleich zur Posttreatment-Messung?

Oben wurde bereits die allgemeine Tendenz zur Aufrechterhaltung von Psychotherapieergebnissen bis zum Follow-Up erwähnt. Speziell hinsichtlich posttraumatischer Belastungssymptome konnte dies auch bereits im Rahmen von Trauertherapiestudien bestätigt werden (z.B. Kersting et al., 2013; Papa et al., 2013; Wagner & Maercker, 2007). Für den Bereich der posttraumatischen persönlichen Reifung liegen nach Wissen der Autorin bisher keine veröffentlichten Trauertherapie-Katamnesen vor. Wagner und Maercker (2007) gingen in ihrer Follow-Up-Studie auf dieses Thema leider nicht ein. Folgende Hypothesen werden aufgestellt:

**Hypothese 3.5.** Die während der Therapiephase gegebenenfalls erzielte Reduktion der posttraumatischen Belastungssymptomatik können die Therapie-Completer bis zur Katamnese stabil aufrechterhalten.

**Hypothese 3.6.** Ebenso können sie ihren Zuwachs an posttraumatischer persönlicher Reifung in diesem Zeitraum beibehalten.

### *1.5.3 Explorativ zu untersuchende Forschungsfragen*

Folgende Fragen sollen explorativ bzw. deskriptiv untersucht und somit nicht anhand spezifischer Hypothesen überprüft werden:

#### **Prädiktoren des Therapieerfolgs.**

- Welche Prädiktoren können zur Vorhersage des kurzfristigen (Prä-Post) und längerfristigen (Prä-Katamnese) Behandlungserfolgs sowie für die Symptomentwicklung im therapiefreien Intervall (Post-Katamnese) gefunden werden?

#### **Auswertung des Nachbefragungsbogens.**

- Wie schätzen die Katamnese-Teilnehmer ihre Zufriedenheit, ihre Veränderungen seit dem Therapieende bzw. Dropout-Zeitpunkt sowie die erhaltene Therapie ein?
- Wie häufig haben sie weitere Therapien in Anspruch genommen, wie häufig weitere belastende Ereignisse erlebt?
- Welche Abbruchgründe geben die Dropouts im Nachhinein an?
- Welche der Angaben im Nachbefragungsbogen weisen substantielle Zusammenhänge mit der Follow-Up-Trauersymptomatik oder mit der Trauersymptomentwicklung in verschiedenen Zeiträumen auf?
- Unterscheiden sich Completer von Dropouts in ihren Angaben im Nachbefragungsbogen bedeutsam?

## Teil II

# Empirische Untersuchung



## 2. Methode

### 2.1 Ziele der Studie

Die vorliegende Katamnese-Untersuchung erfolgte im Anschluss an eine randomisierte und kontrollierte Wirksamkeitsstudie zu einer neu entwickelten, integrativen kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung komplizierter Trauer bei Erwachsenen. Zu dieser *Basis-Studie* existieren mittlerweile mehrere Veröffentlichungen (Kotoučová, 2012; Pfoh, 2012; Rosner, Pfoh et al., 2011), einschließlich des RCT-Artikels (Rosner, Pfoh, Kotoučová et al., 2014) und des Therapiemanuals, welches sich momentan in Vorbereitung befindet (Rosner, Pfoh, Rojas et al., 2015). Nachdem sich die Therapie im Vergleich zu einer unbehandelten Wartelistenkontrollgruppe als wirksam erwiesen hat (Pfoh, 2012; Rosner, Pfoh, Kotoučová et al., 2014), befasst sich die vorliegende Katamnese-Studie nun mit der Frage, ob der kurzfristige Therapieerfolg auch über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten blieb und welche Einflussfaktoren hierbei einen bedeutsamen Einfluss ausübten.

### 2.2 Die Therapie-Wirksamkeitsstudie (Basis-Studie)

#### 2.2.1 Die Institution

Die Studie wurde an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine universitäre Einrichtung, die psychologische Diagnostik und Therapie anbietet. Außerdem erfüllt sie als eine Universitäts-Ambulanz auch die Aufgabe, psychotherapeutische Interventionen weiterzuentwickeln und ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Die Behandlungsräume befanden sich während des Studienzeitraums noch in dem Gebäude der Fakultät für Psychologie und Pädagogik im Zentrum von München. Die Leistungen der Hochschulambulanz können sowohl mit privaten als auch mit gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Schwerpunktmäßig werden Posttraumatische Belastungsstörungen und andere Traumafolgestörungen behandelt. Die spezifische Behandlung von kompliziert Trauernden erfolgt erst seit Beginn dieses Forschungsprojektes im Oktober 2006. Die Patienten kommen meist direkt aus München oder der näheren Umgebung. Leiter der Hochschulambulanz ist Professor Dr. Willi Butollo, das Forschungsprojekt zur komplizierten Trauer leitet Professor Dr. Rita Rosner.

### 2.2.2 Allgemeiner Studienablauf und Studiendesign

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie und Pädagogik der LMU München geprüft und im Dezember 2006 genehmigt. Die Bekanntmachung des Projektes erfolgte über Vorträge, Zeitungsartikel, Rundfunk, Beratungsstellen, Informationsbriefe, Flyer (siehe Anhang 5), Internet und Mund-zu-Mund-Propaganda. Interessierte Teilnehmer nahmen in der Regel von sich aus Kontakt zur Ambulanz auf. Es erfolgte ein allgemeines telefonisches Aufnahmegespräch, in dem unter anderem geprüft wurde, ob der jeweilige Patient für die Studie in Frage kam. Dies war dann der Fall, wenn der Patient von sich aus einen Trauerfall als Grund für die beabsichtigte Aufnahme einer Therapie angab oder die Frage bejahte, den Todesfall einer nahestehenden Person erlebt zu haben und immer noch darunter zu leiden. Kam eine Studienteilnahme in Frage, erfolgte ein Rückruf durch eine Projektmitarbeiterin, um die Möglichkeit einer Teilnahme grob abzuschätzen und eventuell eine erste Diagnostikszung mit dem Patienten zu vereinbaren. In dieser wurden die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe unten) detailliert abgeklärt und weitere intensive Diagnostik angekündigt. Danach erfolgten drei bis fünf weitere Diagnostik-Sitzungen, in denen die gesamten Baseline-Werte erhoben wurden. In der letzten dieser Sitzungen wurde dem Patienten der Studienablauf von der Diagnostikerin und der Therapeutin gemeinsam eingehend erläutert. Falls er einer Teilnahme zustimmte, erfolgte seine schriftliche Einverständniserklärung und die randomisierte Zuteilung zu einer der beiden Studienbedingungen: Behandlungsgruppe (BG; sofortiger Beginn der Therapie) oder Wartelistenkontrollgruppe (WG; Beginn der Therapie nach einer vorgesehenen Wartezeit von vier Monaten). Die Baseline-Diagnostik wurde immer von einer anderen Person als der anschließend den Patienten behandelnden Therapeutin durchgeführt. Die Posttreatment-Daten erhob die jeweilige Therapeutin selbst. Die Behandlungen wurden durch zwei verschiedene Therapeutinnen durchgeführt, wobei eine von ihnen die Mehrzahl der Patienten behandelte ( $n = 46$ ).

Insgesamt meldeten sich 107 Personen im Verlauf der vorgesehenen Rekrutierungsperiode (Oktober 2006 bis Juli 2010) an, von denen 56 entweder die nötigen Voraussetzungen für die Studienteilnahme nicht erfüllten oder von sich aus eine Teilnahme ablehnten. 51 Personen wurden schließlich in die beiden Studienarme randomisiert (24 in die BG und 27 in die WG), so dass die Untersuchung einer randomisierten und kontrollierten Interventionsstudie entspricht. Die Randomisierung erfolgte in stratifizierter Form hinsichtlich der Todesursache (natürlich vs. unnatürlich) und der Verwandtschaftsbeziehung zu der verstorbenen Person (Kind vs. andere Person), um möglichst gleiche Verteilungen dieser Variablen in den beiden Gruppen zu erhalten. Die Länge der Wartezeit wurde auf vier Monate festgesetzt, da dies der Mindestdauer der

regulären Behandlung entsprach. Eine längere Wartezeit wurde als unzumutbar angesehen und hätte möglicherweise zu übermäßigem Studien-Dropout geführt. Aus verschiedenen Gründen verlängerte sich diese Zeit dann dennoch bei manchen Patienten, so dass sie schließlich bei durchschnittlich sechs Monaten lag ( $SD = 1.4$ , Range = 4 - 9 Monate). Es fanden in dieser Zeit drei Kontakte mit der jeweiligen Diagnostikerin statt, um den wartenden Studienteilnehmern ein persönliches, jedoch nicht-therapeutisches Gespräch anzubieten und sich ein Bild von ihrem allgemeinen Zustand zu machen, damit bei Krisenzuständen oder bedenklicher gesundheitlicher Verfassung rechtzeitig entsprechende Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden konnten. Am Ende der Wartezeit wurden die WG-Teilnehmer einer erneuten Diagnostik durch die entsprechende Diagnostikerin unterzogen, bevor sie dann ebenfalls die Therapie antraten.

Das wichtigste Einschlusskriterium bestand in der Erfüllung der für die Studie festgelegten Diagnosekriterien einer komplizierten Trauer (siehe Abschnitt 2.4.3.1). Sieben der 51 Patienten erfüllten diese Kriterien bei Studieneintritt nicht, vier aus der BG und drei aus der WG. Ihre eindeutig trauerbedingte Belastung und ihr allgemeines Beschwerdebild rechtfertigten allerdings eine Diagnosestellung nach klinischem Urteil, so dass sie dennoch in die Studie mit aufgenommen werden konnten. Als weitere Einschlusskriterien wurden ein Mindestalter von 18 Jahren, eine zumutbare Entfernung des Wohn- oder Arbeitsortes zur Ambulanz (S-Bahn-Bereich) und ausreichende allgemeine Sprachkompetenz, einschließlich fließender deutscher Sprachkenntnisse, vorausgesetzt. Ausschlusskriterien waren akute Suizidalität, akute Psychose, Substanzabhängigkeit, eine instabile psychopharmakologische Einstellung sowie die gleichzeitige Inanspruchnahme einer anderweitigen Psychotherapie.

Die Datenerhebung erfolgte von Oktober 2006 bis Februar 2011. Die Baseline-Diagnostik bildete für die BG-Teilnehmer bereits ihre Pretreatment-Messung. Für die WG-Teilnehmer war dies hingegen ihre Predelay-Diagnostik, weil für sie anschließend die Warteperiode begann. Erst zu deren Ende unterzogen sie sich ihrer Pretreatment-Messung und begannen selbst mit der Therapie. Im Verlauf der Behandlung fanden drei Therapieprozess-Erhebungen (P1 bis P3) statt, von den die erste zwischen der fünften und siebten, die zweite zwischen der zehnten und zwölften und die dritte zwischen der 15. und 17. Therapiesitzung stattfand. Nach dem regulären Abschluss der Therapie wurde mit den Patienten eine Posttreatment-Erhebung durchgeführt. Abbildung 3 zeigt die verschiedenen Messzeitpunkte und die dabei eingesetzten diagnostischen Verfahren, Abbildung 4 das Flussdiagramm des Patientendurchlaufs.

Behandlungsgruppe	Wartegruppe
<b>Baseline = Pretreatment</b> Basisdokumentation SKID-II-Fragebogen IKT-13 SCL-90-R, PPR, PDS Ressourcenfragebogen DIA-X	<b>Baseline = Predelay</b> Basisdokumentation SKID-II-Fragebogen IKT-13 SCL-90-R, PPR, PDS Ressourcenfragebogen DIA-X
<b>Therapiephase: P1, P2, P3</b> FKT-13, SCL-90-R, PPR WAI-S (-P und -T)	<b>Wartezeit</b>
<b>Posttreatment</b> IKT-13 SCL-90-R, PPR, PDS Ressourcenfragebogen WAI-S (-P und -T) DIA-X	<b>Postdelay = Pretreatment</b> IKT-13 SCL-90-R, PPR, PDS Ressourcenfragebogen DIA-X
<i>Anmerkung.</i> <b>IKT-13</b> = Interview für Komplizierte Trauer, 13 Items <b>FKT-13</b> = Fragebogen für Komplizierte Trauer, 13 Items <b>SCL-90-R</b> = Symptomcheckliste, 90 Items, Revidiert <b>PPR</b> = Posttraumatische Persönliche Reifung <b>PDS</b> = Posttraumatische Diagnoseskala <b>SKID-II</b> = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II <b>WAI-S-P</b> = Working Alliance Inventory, Short Form, Patientenversion; <b>-T</b> = Therapeutenversion <b>DIA-X</b> = Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen	<b>Therapiephase: P1, P2, P3</b> FKT-13, SCL-90-R, PPR WAI-S (-P und -T)
	<b>Posttreatment</b> IKT-13 SCL-90-R, PPR, PDS Ressourcenfragebogen WAI-S (-P und -T) DIA-X
<b>Gesamtstichprobe</b>	
<b>Katamnese</b> Nachbefragungsbogen IKT-13 SCL-90-R, PPR, PDS Ressourcenfragebogen DIA-X	

Abbildung 3. Darstellung der verschiedenen Messzeitpunkte und der dabei eingesetzten diagnostischen Verfahren

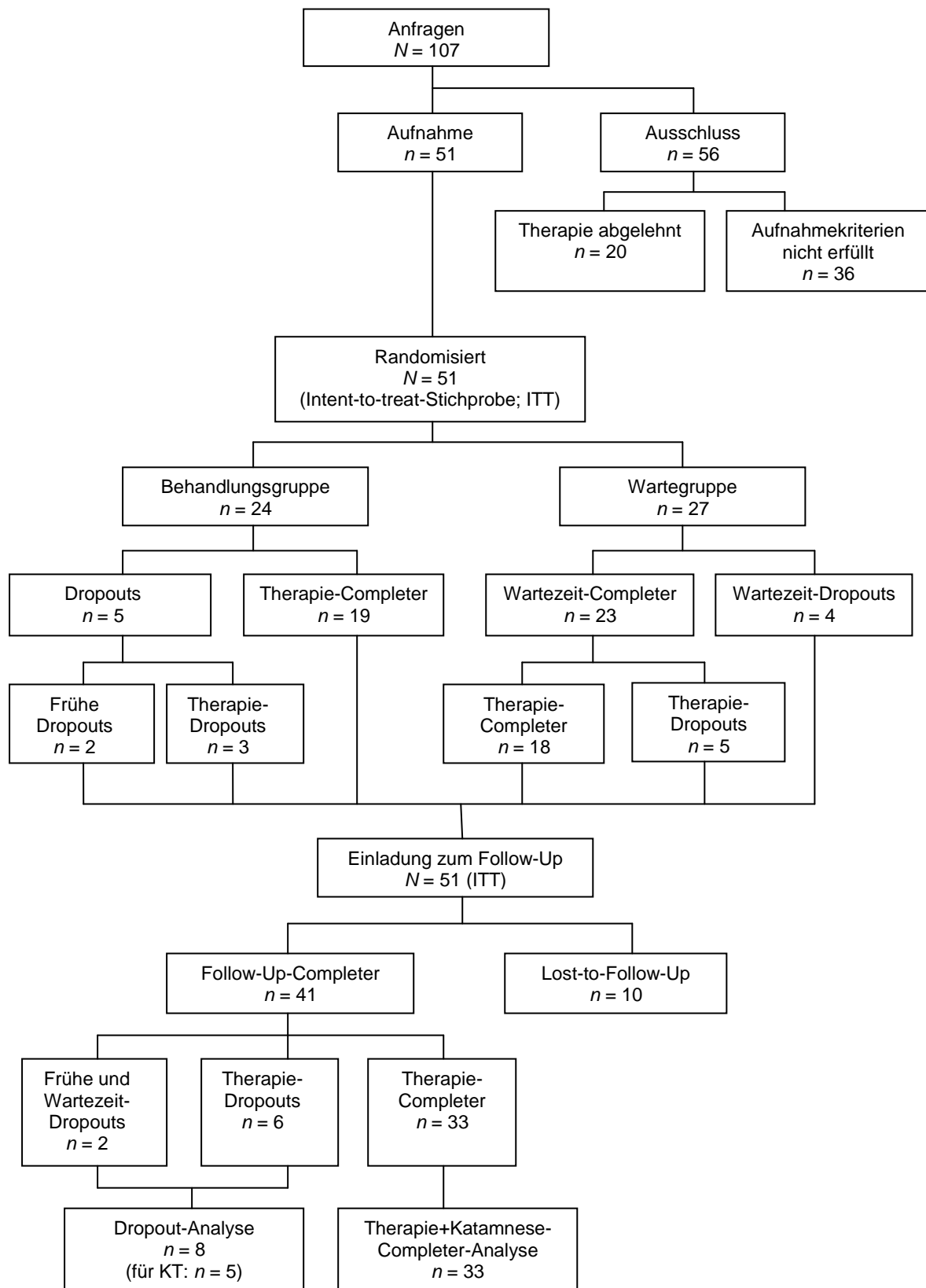


Abbildung 4. Flussdiagramm zur Darstellung des Patientenflusses im Verlauf der Basis- und der Katamnese studie

Die nähere Beschreibung der für die Untersuchung verwendeten und auch in der Katamnese eingesetzten Messinstrumente erfolgt in Abschnitt 2.4. Zusätzlich zu den dort aufgeführten diagnostischen Verfahren wurde für die Therapie-Verlaufsuntersuchung und die Posttreatment-Erhebung das *Working Alliance Inventory – Short Form* (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989) eingesetzt, ein Fragebogen zur Erhebung der therapeutischen Beziehung, dessen verkürzte Form aus der Originalversion (WAI) von Horvath und Greenberg (1986, 1989) abgeleitet wurde. Die Auswertung der anhand des WAI-S erhobenen Daten erfolgte durch Kotoučová (2012). Das Trauer- und das Ressourcen-Interview wurden bei der Verlaufsmessung in Fragebogenform zur Anwendung gebracht. Die *Posttraumatische Diagnoseskala* kam nur bei der Baseline-, Prä-, Post- und Katamnese-Erhebung, nicht jedoch bei den Verlaufsmessungen zum Einsatz. Die Werte der erhobenen Baseline-Daten sind im Rahmen der Beschreibung der Katamnese-Studie (Abschnitt 2.3.2, Tabellen 6 bis 9) aufgeführt.

Wie dem Flussdiagramm (Abbildung 4) zu entnehmen ist, haben insgesamt 14 der 51 Patienten die Therapie entweder überhaupt nicht angetreten ( $n = 6$ ) oder aber vorzeitig abgebrochen ( $n = 8$ ), was einer Dropoutrate von 27.5% entspricht. Unter denjenigen Patienten, die die Therapie regulär beendeten, waren acht Personen, welche sich aus verschiedenen Gründen keiner Posttreatment-Diagnostik mehr unterzogen. Sie wurden dennoch als Therapie-Completer eingestuft, und es wurde ihre jeweils letzte Therapieprozess-Erhebung als Post-Messung verwendet. Infolgedessen entstammen ihre Trauerwerte nicht dem Interview, sondern dem Fragebogen für Komplizierte Trauer.

Die Evaluation der Therapiewirksamkeit erfolgte über den Vergleich der Symptomentwicklung beider Gruppen zwischen Pre- und Posttreatment (BG) bzw. Pre- und Postdelay (WG). Die Ergebnisse wurden bereits unter Abschnitt 1.3.2.2.3 berichtet.

### 2.2.3 Das Therapieverfahren

Die folgende inhaltliche Schilderung der Trauerbehandlung stützt sich auf Angaben aus bisherigen Veröffentlichungen (siehe Abschnitt 2.1) und übernimmt die ursprünglich festgelegte Bezeichnung *Integrative Kognitive Verhaltenstherapie für Komplizierte Trauer (IKVT-KT)*. In dem bei Verfassung der vorliegenden Arbeit noch nicht veröffentlichten Therapiemanual wird sie jedoch voraussichtlich, in Anlehnung an den englischsprachigen Ausdruck *Prolonged Grief Disorder*, als *Integrative Kognitive Verhaltenstherapie für die anhaltende Trauerstörung (KVT-PG)* bezeichnet werden.

Es handelt sich bei dem evaluierten Therapieverfahren also um eine manualisierte integrative KVT, die speziell zur Behandlung komplizierter Trauer an der LMU entwickelt wurde. Sie wird als Einzeltherapie durchgeführt und umfasst 20 bis 25 wöchentliche

Sitzungen in ambulantem Setting, so dass sie gut im Rahmen einer von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie durchgeführt werden kann. Jede Sitzung dauert 50 Minuten, nur zweimal erfolgt eine Doppelstunde von je 90 Minuten. Fünf der 25 Sitzungen sind als optionale Einheiten gedacht, welche besonderen Anlässen – wie Jahrestagen, Geburtstagen, wichtigen Feiertagen, Familiensitzungen oder Gerichtsterminen – vorbehalten sind. Der Ablauf der übrigen 20 (Standard-) Sitzungen ist in drei Behandlungsphasen unterteilt, die weiter unten näher beschrieben werden. Die zentralen psychotherapeutischen Methoden der Trauertherapie stammen aus der KVT und bestehen in kognitiver Umstrukturierung und Konfrontationsverfahren. Aber auch Elemente aus anderen Therapiemethoden, wie z.B. Lösungsorientierter Kurzzeittherapie, Psychodrama, Gestalttherapie, Multigenerationaler Familientherapie, Entspannungsverfahren und Imaginationstechniken, wurden integriert.

Die Entwicklung des Therapiemanuals orientierte sich an Verfahren, die nach umfangreichem Studium einschlägiger Therapiestudien als erfolgreich angesehen wurden. Hierbei ergaben sich als vielversprechendste Techniken Psychoedukation über normale und komplizierte Trauer, Exposition hinsichtlich der schmerzhaftesten Aspekte des Verlusterlebnisses und Transformation des Verlustes zur Ermöglichung einer Veränderung. Außerdem erfolgte eine Orientierung an der Veröffentlichung von Melges und DeMaso (1980) zu der von ihnen entwickelten *Grief-Resolution*-Therapie sowie an den von Rando (1993) beschriebenen Gestalttherapie- und Psychodrama-Techniken. Die Therapiemanuale für die PTBS-Behandlung von Ehlers (1999; für Erwachsene) sowie von Cohen, Mannarino und Deblinger (2009; für Kinder und Jugendliche; incl. Trauerarbeit) brachten ebenfalls wichtige Elemente ein, vor allem bezüglich der Exposition und kognitiver Verfahren. Der Ablauf des daraus neu entwickelten, integrativen Verfahrens ist in folgende drei Phasen untergliedert:

**Phase A: *Beziehungsaufbau, Stabilisierung, Exploration, Motivation* (7 Sitzungen)**

Der Behandlungsbeginn baut auf der vorausgehenden, intensiven Diagnostikphase auf. Sie dient der Exploration weiterer Aspekte des Patienten, seiner Lebenssituation, Eigenheiten und Bedürfnisse. Auch die Person des Verstorbenen wird dem Therapeuten durch den Patienten vorgestellt und die Art der Beziehung beleuchtet. Mit Hilfe eines Genogramms können familienspezifische Strukturen und Trauerstile exploriert werden, das Erstellen einer *Lebenslinie* ordnet den aktuellen Verlust in die Gesamtheit bedeutender Lebensereignisse ein und zeigt bisherige Bewältigungsstrategien des Patienten auf. Besonderer Wert wird auf den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung gelegt, da sie die Grundlage für die spätere intensive emotionale Arbeit darstellt. Dies wird unter anderem durch das gemeinsame

Betrachten von Bildern des Verstorbenen und Erinnerungsstücken an ihn unterstützt. Außerdem sollen die Patienten in dieser ersten Phase zunächst Sicherheit erfahren und ihr Leben insofern neu strukturieren, dass sie ihre Alltagsanforderungen wieder bewältigen können. Dazu gehört es, schriftlich mindestens drei Namen und Telefonnummern von Freunden oder Verwandten festzuhalten, die sie in schwierigen Phasen anrufen können. Ebenso werden Aktivitäten festgelegt, die dem Patienten helfen sollen, einen schwierigen Tag zu überstehen. Für affektlabile Patienten kann in dieser Phase auch eine einfache Erdungs-Übung erlernt werden. Des Weiteren erfolgt Psychoedukation, welche die Einführung des allgemeinen Störungsmodells für komplizierte Trauer beinhaltet (siehe Abbildung 2, S. 27), welches anschließend durch Einfügen der ganz persönlichen Trigger sowie Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten individualisiert wird und eine Normalisierung der Symptome fördert. Es werden dabei außerdem durch den Verlust ausgelöste Veränderungen in den sozialen Rollen und Aufgaben der Familienmitglieder besprochen und entschieden, welche der Aufgaben, die der Verstorbene zu Lebzeiten innehatte, der Patient jetzt übernehmen will bzw. kann und welche nicht. Die Förderung der Therapiemotivation ist vor allem bei bestehender Ambivalenz gegenüber einer Veränderung angezeigt. Diese kann z.B. durch motivationsfördernde Interviewtechniken oder gestalttherapeutische Stuhlarbeit erfolgen. Schließlich werden auch die Therapieziele in dieser ersten Phase formuliert.

**Phase B: *Exposition, Kognitive Umstrukturierung* (9 Sitzungen)**

Dies ist die zentrale Phase der Behandlung. Zunächst werden Entspannungstechniken erlernt, um durch die positive Erfahrung die Behandlungsmotivation zu stärken und Selbstwirksamkeit zu erleben. Während dann der Patient das Geschehen rund um den Todesfall detailliert erzählt, werden die schmerzhaftesten Aspekte des Verlustes (*hot spots*) identifiziert. Außerdem erfolgt eine Konfrontation mit dysfunktionalen bzw. nicht hilfreichen Gedanken, die den Verlust, seine Ursachen oder Folgen betreffen. Die mit diesen Kognitionen verbundenen belastenden Emotionen und Verhaltensweisen werden in einen für den Patienten nachvollziehbaren Zusammenhang gebracht und ebenfalls näher beleuchtet. Dafür wird dem Patienten psychoedukativ der Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen nahe gebracht. Interpretationen des Geschehens rund um den Todesfall, für die es keine objektive Quelle gibt, werden dann einer kritischen Überprüfung unterzogen. Viele Personen malen sich in ihrer Phantasie aus, wie sehr der Sterbende vor dem Todeseintritt noch leiden musste. Andere entwickeln Vorstellungen darüber, was sie hätten tun können, um das Leiden oder den Tod zu verhindern. Da solche Gedanken oder Vorstellungen meist mit starken negativen Emotionen verbunden sind, sollen sie einer kritischen Prüfung unterzogen und



umstrukturiert werden. Das in der Exposition vorgestellte Bild wird schließlich von solchen unbestätigten Vorstellungen befreit und bezieht sich nur auf die objektiv bekannten Tatsachen. Es wird schließlich vom Patienten oder vom Therapeuten in dieser „bereinigten“ Form schriftlich niedergelegt. Danach werden noch die mit dem Bild verbundenen Gefühle, Sinneseindrücke und Gedanken hinzugefügt. Die Exposition erfolgt zunächst in der Rolle eines von außen beobachtenden Zeugen, danach jedoch auch im *Hier und Jetzt*, also inklusive aller beteiligten Gefühlen, Gedanken und Sinnesempfindungen. Als letztes Modul der zweiten Therapiephase erfolgt ein „Gang zum Grab“, der einen „Dialog“ mit dem Verstorbenen vorsieht. Elemente aus der Gestalttherapie und aus Psychodrama kommen hierbei zum Einsatz. Im Therapieraum wird, wie auf einer Bühne, das Grab des Verstorbenen mit verschiedenen Gegenständen durch den Patienten dargestellt. Neben einem freien Gespräch sollen in dem Dialog von Seiten des Hinterbliebenen folgende drei Aspekte zur Sprache: 1. „Was ich dir immer noch mal sagen wollte: ...“, 2. „Was ich dich immer noch mal fragen wollte: ...“ und 3. „So hat sich dein Tod auf mein Leben ausgewirkt: ...“. Danach nimmt der Patient die Rolle des Verstorbenen ein und antwortet. Oftmals werden hier sehr kritische mental-emotionale Inhalte aktualisiert, wie Schuld, Scham, Vorwürfe und Reue. Eine Neu-Interpretation des Geschehenen, eine Versöhnung mit dem Verlust und das Empfangen von Vergebung durch sich selbst und den Verstorbenen sind das Ziel.

### **Phase C: *Integration, Transformation* (4 Sitzungen)**

In dieser Phase werden sowohl die Gegenwart als auch die Zukunft des Patienten betrachtet. Hoffnungen, Vorsätze und Pläne für das „neue Leben“ ohne den Verstorbenen werden ebenso besprochen wie bisher stattgefundene Veränderungen. Hier sind Fragen hilfreich wie „Wie hat sich mein Leben seit dem Verlust verändert?“ oder „Wie wird mein Leben in drei, sechs, neun oder zwölf Monaten aussehen?“. Es wird dadurch die Anpassungsleistung des Patienten verbalisiert und gewürdigt. Zusätzlich steht die veränderte Beziehung zu dem Verstorbenen im Vordergrund, die als bleibende Bindung sinnvoll gelebt werden soll. Der Patient entscheidet, wie er des Verstorbenen in Zukunft gedenken will, so dass dieser seinen festen Platz im Leben des Hinterbliebenen behält. Dies kann in Form eines Andenkens geschehen oder durch ein Ritual, wie das Anzünden einer Kerze zu bestimmten Zeiten oder das Pflanzen eines Baumes. Das Ende der Therapie wird vorbereitet und Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe werden besprochen.

Jede Sitzung, mit Ausnahme der ersten, beginnt mit der Eingangsfrage „Was hat sich verändert?“, was aus dem lösungsorientierten Therapieansatz stammt und implizieren soll, dass mit einer Veränderung tatsächlich auch gerechnet wird. Außerdem wird durch die Wiederholung dieses Ablaufs den Sitzungen Struktur verliehen. Im Verlauf der Sitzungen wird eine „Werkzeugkiste“ gepackt, welche praktische Hilfsmittel für verschiedene, typischerweise auftauchende Schwierigkeiten enthält. Die ganze Behandlungsdauer über werden jegliche positiven Veränderungen oder adaptiven Verhaltensweisen verstärkt. Tabelle 5 zeigt den Inhalt der einzelnen Sitzungen im Überblick (adaptiert nach Rosner, Pfoh et al., 2011; ins Deutsche übersetzt durch die Autorin der vorliegenden Arbeit).

Tabelle 5

*Sitzungsinhalte und Behandlungsstrategien der IKVT-KT (nach Rosner, Pfoh et al., 2011)*

<b>Sitzung</b>	<b>Sitzungsinhalt</b>	<b>Behandlungsstrategien</b>
A1	Administrative Angelegenheiten, Psychoedukation über die Behandlung	Arbeitsblatt zu sozialen Rollen und Aufgaben und zu Symptomen, Krisenplan
A2	Wichtige Lebensereignisse: Der Verlust in erweiterter Sichtweise; Stabilisierung	Genogramm, Lebenslinie, Erdungsübungen (bei Bedarf)
A3	Psychoedukation über normale und komplizierte Trauer, Erläuterung des Störungsmodells für komplizierte Trauer	Arbeitsblätter als Vorbereitung zur Psychoedukation und zum Störungsmodell und zum Erkennen eigenen dysfunktionalen Verhaltens und persönlicher Trigger
A4	---	---
A5	Primäre und sekundäre Verluste im Verlauf des eigenen Lebens	Vorstellung des Verstorbenen anhand von Bildern, Musik etc.; Arbeitsblatt zu Veränderungen im eigenen Leben durch den Verlust
A6	Zusammenfassung der bisherigen Informationen und Formulierung der Behandlungsziele	<i>Vierfelder-Schema</i> zur Erarbeitung der Vor- und Nachteile einer Veränderung (ähnlich der motivierenden Gesprächsführung); Arbeitsblatt zu Therapie-Motivation und -Zielen
A7	---	---
B8	Entspannung und Abgrenzung	Einführung eines Entspannungsverfahrens (Progressive Muskelentspannung); Imaginationsübung zu beeinträchtigenden kognitiven Stimuli mit anschließender Entspannungsübung

(Fortsetzung siehe nächste Seite)

Tabelle 5 (Fortsetzung)

B9	Identifikation dysfunktionaler Kognitionen	Kognitive Umstrukturierung, Arbeit mit Metaphern, Psychoedukation zu kognitiven Prozessen und hilfreichen/nicht-hilfreichen Gedanken
B10	Grübeln und Schuldgefühle	Sokratischer Dialog, <i>Reframing</i> , Arbeit mit Metaphern, Arbeitsblatt
B11	Emotionen und Wahrnehmungen	Arbeitsblatt, dialogische <i>Gestaltarbeit</i>
B12 & 13	Schlimmste Momente: Konfrontation <i>in sensu</i>	Konfrontation mit vermiedenen Gedanken, Emotionen und/oder Situationen
B14	Schlimmste Momente und Identifikation der sogenannten <i>Hot Spots</i>	Identifikation der <i>Hot Spots</i> und dysfunktionalen Kognitionen, kognitive Umstrukturierung, Reinterpretation; Vorbereitung des „Gangs zum Grab“
B15 & 16	Konfrontation, kognitive Umstrukturierung und Akzeptanz	Dialogarbeit: „Gang zum Grab“
C17	Erbe und bleibende Bindungen	Präsentation/Brief/Essay, Arbeitsblatt, Hausaufgabe
C18	Andenken und Zukunft	Dialogführung oder Brief, Beschreibung des <i>neuen Lebens</i> , Widmung
C19	Neues Leben	Beschreibung des neuen Status quo und Lebensplanes
C20	Therapieabschluss	Rückblick, Rückfallprävention, Feedback, Fragen
optional	Vorbereitung einer Familiensitzung	Identifikation von Themen und Aufgaben (z.B. unterschiedliche Trauerstile in der Familie)
optional	Durchführung einer Familiensitzung	Umgang mit unterschiedlichen Trauerstilen, parallel laufende Narrative, zirkuläre Fragetechnik
optional	Planung besonderer Anlässe: - Geburtstag, Jahrestag, Feiertage  - Gerichtstermine	- Planung, Modifikation von Ritualen, Einbeziehung des sozialen Netzwerks - Ablauf identifizieren, Informationen des Rechtsanwalts eruieren, soziale Unterstützung organisieren, Durchführung des Plans <i>in sensu</i>

Anmerkung. IKVT-KT = Integrative Kognitive Verhaltenstherapie für Komplizierte Trauer

Die vollständige Therapie kann bei wöchentlich stattfindenden Sitzungen in fünf bis sechs Monaten durchgeführt werden. In der Studie dauerte sie aufgrund von Krankheit, Urlaub oder neuen Todesfällen mit durchschnittlich elf Monaten allerdings meist länger ( $M = 10.96$ ,  $SD = 3.26$ ). Demzufolge war die Behandlungsdauer der BG wider Erwarten statistisch signifikant länger als die Wartezeit der WG ( $t(24.54) = 7.59$ ,  $p < .001$ ).

Abbildung 5 zeigt in einem Histogramm die Therapiedauer für die 37 Therapie-Completer.

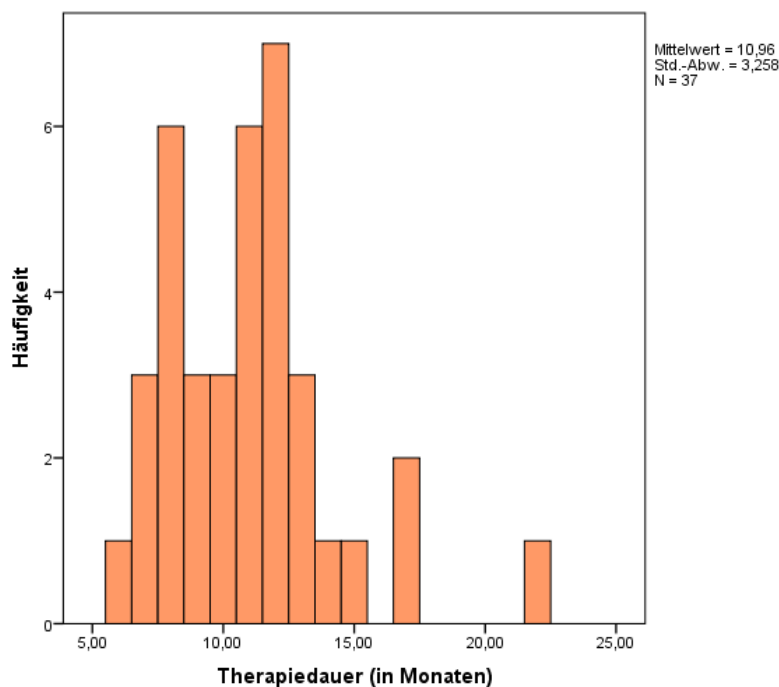


Abbildung 5. Therapiedauer (in Monaten) für die Therapie-Completer ( $n = 37$ )

## 2.3 Die Katamnese-Studie

### 2.3.1 Ablauf und Design

Die Nachuntersuchung wurde bereits in der letzten Baseline-Diagnostiksitung angekündigt, und alle Patienten erteilten mit ihrer Unterschrift das Einverständnis zu einer diesbezüglichen, späteren Kontaktaufnahme. Da die WG-Teilnehmer nach Ablauf der viermonatigen Wartezeit ebenfalls die Trauertherapie erhalten hatten, stand zum Zeitpunkt der Katamnese keine unbehandelte Vergleichsgruppe mehr zur Verfügung. Allerdings wurden, als Besonderheit der vorliegenden Nachuntersuchung, auch die Dropouts nochmals kontaktiert und eingeladen, so dass immerhin einige Daten Unbehandelter oder nur geringfügig Behandelter zur Verfügung stehen. Es ist dabei allerdings zu beachten, dass diese Gruppe der Dropouts keine randomisierte Kontrollgruppe darstellt und deshalb Unterschiede im direkten Gruppenvergleich mit den Therapie-Completern nicht allein auf die durchgeführte Intervention zurückgeführt werden können. Die grundlegende Untersuchung beruht somit auf einem Vorher-Nachher-Design.

Alle 51 ursprünglichen Studienteilnehmer erhielten jeweils ungefähr ein bis zwei Monate vor Ablauf des 18-monatigen Katamneseintervalls ein Anschreiben in postalischer Form, das sie über die geplante Nachbefragung und die demnächst erfolgende telefonische Kontaktaufnahme vorab informieren sollte (siehe Anhang 6). Die ein- bis zweimonatige Vorlaufzeit wurde für die möglichst fristgerechte Durchführung der Katamnese anberaumt. Zusammen mit dem Anschreiben erhielten sie die in Abschnitt 2.4 beschriebenen Fragebögen mit der Bitte, diese ausgefüllt an die Ambulanz zurückzusenden. Wenige Tage später erfolgte dann die telefonische Kontaktaufnahme. Dabei wurde den Teilnehmern der Ablauf der Untersuchung erklärt und um ihre Teilnahme gebeten. Falls sie dieser zustimmten, wurde an das Ausfüllen der Fragebögen erinnert und ein Termin für die persönliche Nachuntersuchung vereinbart. Meist waren aus verschiedenen Gründen mehrere Anrufe bis zur endgültigen Terminvereinbarung oder aber auch Absage nötig, wie z.B. schlechte Erreichbarkeit, Urlaub, Umzug, gesundheitliche Probleme und Zeitgründe. Auch mussten bisweilen aufgrund mittlerweile stattgefundener Umzüge die neuen Adressen ausfindig gemacht und die Post nochmals versendet werden.

Der persönliche Termin fand dann, wie bereits die Therapie, wieder an der Hochschulambulanz statt. Das Gespräch wurde in offener Form begonnen, um den Teilnehmern möglichst viel Raum für eigene Mitteilungsbedürfnisse und Rückmeldungen zu gewähren und den Beziehungsaufbau zu fördern. Die ausgefüllten Fragebögen wurden dann gemeinsam kurz durchgesehen, offene Fragen oder Probleme diesbezüglich besprochen und eventuell fehlende Angaben ergänzt. Dann wurden die beiden klinischen Interviews durchgeführt (siehe Abschnitt 2.4.3). Anschließend konnten noch weitere Themen besprochen werden, falls auf Seiten des Patienten Bedarf dazu bestand. In den meisten Fällen reichte eine Sitzung aus, die jedoch durchschnittlich eineinhalb bis zwei volle Stunden andauerte. In drei Fällen war eine zweite Sitzung erforderlich, da großer Mitteilungsbedarf bestand bzw. die diagnostischen Interviews sich als sehr langwierig gestalteten.

Da manche Personen einer Teilnahme zwar grundsätzlich positiv gegenüberstanden, einen persönlichen Termin an der Ambulanz aus gesundheitlichen, zeitlichen oder umzugsbedingten Gründen jedoch nicht wahrnehmen konnten oder wollten, wurde ihnen die Durchführung der Interviews per Telefon vorgeschlagen. Von diesem Angebot machten vier Teilnehmer Gebrauch. Lehnten sie dies ab, wurde als weitere Option angeboten, ihnen das Trauerinterview in Fragebogenform zuzusenden, so dass sie es in Ruhe zuhause ausfüllen und anschließend zurücksenden konnten. Drei Teilnehmer nahmen schließlich diese Alternative wahr. Die Durchführung des

Trauerinterviews fand zum Beispiel auch in den Studien von Supiano und Luptak (2013) und Litz et al. (2014) in telefonischer Form statt, bei letzterer zusätzlich auch als Online-Fragebogen. Die Patienten unserer Untersuchung hatten dieses Erhebungsinstrument zum Zeitpunkt der Katamnese bereits fünf- bzw. sechsmal beantwortet (davon dreimal als Fragebogen während des Therapieprozesses) und waren somit mit dessen Umgang vertraut. Wir gehen deshalb davon aus, dass die Durchführung des Trauerinterviews sowohl in telefonischer als auch in Fragebogenform gleich reliable Ergebnisse liefert wie die *face-to-face*-Interviewmethode und es dadurch nicht zu einer relevanten Verzerrung der Daten gekommen ist.

Das DIA-X-Interview (siehe Abschnitt 2.4.3.2) war je nach Anzahl durchzuführender Module zum Teil sehr zeitaufwendig und anstrengend für die Teilnehmer. Aus diesem Grund konnte es in drei Fällen nicht bis zum Ende durchgeführt werden, da es den zeitlichen Rahmen gesprengt bzw. die Belastungsgrenze überschritten hätte und die entsprechenden Teilnehmer auch nicht eigens deshalb noch einmal kommen wollten. Für sieben Teilnehmer, die zwar an der Katamnese teilnehmen, aber nicht zu einem persönlichen Termin kommen wollten oder konnten, und denen die Beantwortung des DIA-X-Interviews am Telefon zu aufwendig oder unangenehm war, liegen folglich keine entsprechenden Daten vor.

Die vorliegende Untersuchung begann mit der Entwicklung des Nachbefragungsbogens durch die Autorin dieser Arbeit im Januar 2010. Die anschließende Datenerhebung erstreckte sich von März 2010 bis November 2012 und wurde von der Autorin selbst ( $n = 36$ ) sowie von einer Psychologie-Diplomandin ( $n = 15$ ) durchgeführt. Das für 18 Monate anberaumte Katamneseintervall verlängerte sich in manchen Fällen. Zum einen zögerte sich bereits der Beginn der Organisation einer Nachuntersuchung aus studieninternen Gründen unnötig lange hinaus, so dass für manche Studienteilnehmer, insbesondere Dropouts mit Studieneintritt in der Anfangszeit der Basisstudie, die 18 Monate seit ihrem Dropoutzeitpunkt oder Therapieende bereits überschritten waren. Zum anderen gestaltete sich die Kontaktaufnahme bisweilen schwierig oder es verzögerte sich die endgültige Terminfindung. So lag die Zeit, die zwischen dem Therapieende bzw. Dropoutzeitpunkt und der Nachuntersuchung vergangen war, zwischen 16 und 28 Monaten ( $M = 18.98$ ,  $SD = 2.23$ ), der zugehörige Medianwert beträgt jedoch genau 18 Monate.

### 2.3.2 Teilnehmer der Untersuchung

Die Gesamtstichprobe der oben beschriebenen Basisstudie bildete die Grundlage der vorliegenden Katamnese studie ( $N = 51$ ). Zu einer Teilnahme erklärten sich davon insgesamt 41 Personen bereit, wobei die Trauerdaten nur für 39 Personen vorliegen, da zwei Teilnehmer das Erscheinen zu einem persönlichen Termin ablehnten und zum nachträglichen Anbieten der oben erwähnten Alternativen später nicht mehr erreichbar waren. Zehn Personen konnten überhaupt nicht zu einer Teilnahme motiviert werden (Lost-to-Follow-Up). Unter ihnen befanden sich vier Therapie-Completer und sechs Dropouts, wobei sich letztere aus vier frühen Abbrechern und zwei Therapie-Dropouts zusammensetzten. Die frühen Abbrecher hatten bereits zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Randomisierung oder im Verlauf der Wartezeit die Studienteilnahme beendet und somit keine einzige Therapiesitzung in Anspruch genommen. Die Lost-to-Follow-Up äußerten unterschiedliche Gründe für ihre Nicht-Teilnahme. Manche, insbesondere die Dropouts, hatten mit der Studienteilnahme innerlich bereits abgeschlossen, andere scheuten den Aufwand oder die erneute Konfrontation mit dem Todesfall oder waren enttäuscht von der Therapie bzw. insgesamt ablehnend eingestellt. Somit liegt die Lost-to-Follow-Up-Rate bei 20%, bezogen auf die primäre Ergebnisvariable *komplizierte Trauer* bei 24% der Gesamtstichprobe. Sie ist allerdings für die drei Gruppen von Studienteilnehmern sehr unterschiedlich: Während sie für die Therapie-Dropouts bei 25% und für die frühen Abbrecher sogar bei 67% liegt, beträgt sie für die Therapie-Completer nur 11%. In Anbetracht des relativ langen Katamnese-Intervalls ist die Completer-Attrition als sehr gering anzusehen, da in klinischen Follow-Up-Untersuchungen, die in der Regel ausschließlich Completer einschließen, gewöhnlich mit einer deutlich höheren Ausfallrate zu rechnen ist (Lambert & Archer, 2006). Der gesamte Patientenfluss von Baseline bis Follow-Up wurde bereits in Abbildung 4 (Seite 69) dargestellt.

In den Tabellen 6 bis 9 sind die Baseline-Charakteristiken der Gesamtstichprobe sowie der Follow-Up-Completer und der Lost-to-Follow-Up aufgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung auf bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben werden in Abschnitt 3.2.1 berichtet.

Tabelle 6 ist zu entnehmen, dass das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe zu Studienbeginn 47.5 Jahre betrug. Da nach oben keine Altersbeschränkung festgelegt wurde, ist die Spannweite mit 20 bis 78 Jahren beträchtlich. Die 78-jährige Teilnehmerin brach allerdings die Therapie vorzeitig ab und nahm auch nicht mehr an der Katamnese teil. Mit 44 Frauen und sieben Männern war das weibliche Geschlecht deutlich stärker vertreten als das männliche, was für Psychotherapiestudien zwar nicht ungewöhnlich ist, die Generalisierbarkeit der Ergebnisse jedoch einschränkt. Der Zeitabstand zum Verlust

betrug durchschnittlich rund fünf Jahre, aufgrund der linkssteilen Werteverteilung unterscheidet sich der Median davon jedoch mit einem Wert von nur zwei Jahren deutlich. Die Spannweite ist hierbei mit 0.5 bis etwa 36 Jahren sehr breit. Jeweils rund ein Drittel der Stichprobe betrauerte den Verlust eines Kindes, des Partners oder einer anderen Personengruppe (z.B. Eltern, Geschwister). In 39% der Fälle lag dem Todesfall eine unnatürliche Todesursache zugrunde, wie Unfall, Mord, Suizid oder Abtreibung.

Tabelle 6

*Soziodemographische und verlustbezogene Charakteristik der Stichprobe (Baseline)*

	Gesamtstichprobe <i>N</i> = 51	Follow-Up-Completer <i>n</i> <sub>1</sub> = 41	Lost-to-Follow-Up <i>n</i> <sub>2</sub> = 10
<b>Soziodemographische Daten</b>			
Weibliches Geschlecht	44 (86%)	36 (88%)	8 (80%)
Alter (in Jahren), <i>M</i> ( <i>SD</i> )	47.53 (14.72)	44.93 (13.34)	58.20 (15.99)
Familienstand			
ledig	17 (33%)	16 (39%)	1 (10%)
verheiratet / Partnerschaft	17 (33%)	15 (37%)	2 (20%)
getrennt / geschieden	7 (14%)	5 (12%)	2 (20%)
verwitwet	10 (20%)	5 (12%)	5 (50%)
<b>Verlustspezifische Merkmale</b>			
Beziehung zum Verstorbenen			
Kind	15 (29%)	12 (29%)	3 (30%)
Partner	17 (33%)	11 (27%)	6 (60%)
andere Person	19 (37%)	18 (44%)	1 (10%)
Todesumstände			
natürlich	31 (61%)	24 (59%)	7 (70%)
unnatürlich	20 (39%)	17 (42%)	3 (30%)
Verlust durch Suizid	9 (18%)	6 (15%)	3 (30%)
Zeitabstand zum Verlust (in Jahren), <i>M</i> ( <i>SD</i> )	4.93 (7.08)	5.27 (7.56)	3.58 (4.74)

*Anmerkung.* Die Zahlenwerte bezeichnen, soweit nicht anders angegeben, absolute Häufigkeiten, mit den zugehörigen Prozentwerten in Klammern.



Die klinische Symptomatik der Stichprobe zum Baseline-Zeitpunkt ist in Tabelle 7 aufgeführt. Die Diagnosekriterien für komplizierte Trauer nach Prigerson et al. (2009; *Prigerson-Kriterien*) unterscheiden sich etwas von den ursprünglich für die Basis-Studie verwendeten (siehe Abschnitt 2.4.3.1). Da sie jedoch breite Anerkennung finden und bei einer möglichen Aufnahme der komplizierten Trauer in die ICD-11 wahrscheinlich in dieser Form übernommen werden, wurden sie auch für die vorliegende Katamnese-Studie verwendet. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer (86%) erfüllte diese Kriterien bei Studieneintritt. Die psychische und physische Allgemeinbelastung (SCL-90-R, *GS*) lag mit einem Wert von durchschnittlich 1.24 im Vergleich zum Normwert der Allgemeinbevölkerung (= 0.38; *SD* = 0.39; Franke, 2002) sehr hoch und ist mit der Belastung stationärer Psychotherapiepatienten verschiedener Diagnosegruppen vergleichbar (= 0.75 bis 1.45; ebenda). Dasselbe gilt auch für die drei näher betrachteten Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit*. Auch die posttraumatische Belastungssymptomatik war hoch, sie war mit einem Durchschnittswert von rund 26 Punkten in mittelschwerer Ausprägung vorhanden (Orientierungswerte siehe Abschnitt 2.4.4.2). Die meisten Personen (86%) wiesen mindestens eine weitere, mittels DIA-X erfasste psychische Störung auf. Über die Gesamtstichprobe gemittelt ergaben sich 2.5 (*SD* = 1.73, Spannweite = 0 - 7) komorbide Störungen je Person, was die starke psychopathologische Belastung der Stichprobe widerspiegelt. In der Tabelle sind nur die fünf am häufigsten mit komplizierter Trauer zusammen auftretenden psychischen Störungen aufgeführt, wobei man sehen kann, dass vor allem depressive und somatoforme Störungen besonders stark vertreten waren.

Tabelle 7

*Klinische Charakteristik der Stichprobe (Baseline)*

	Gesamtstichprobe <i>N</i> = 51	Follow-Up-Completer <i>n</i> <sub>1</sub> = 41	Lost-to-Follow-Up <i>n</i> <sub>2</sub> = 10
<b>Komplizierte Trauer (IKT-13)</b>			
Diagnose ( <i>Prigerson-Kriterien</i> )	44 (86%)	34 (83%)	10 (100%)
Symptomschwere (Items 1–11, 11 bis 55 Punkte), <i>M</i> ( <i>SD</i> )	41.94 (5.39)	41.56 (5.32)	43.50 (5.68)
<b>Psychopathologische Belastung (SCL-90-R), <i>M</i> (<i>SD</i>)</b>			
<i>GSI</i>	1.24 (0.69)	1.28 (0.72)	1.06 (0.52)
Skala <i>Somatisierung</i>	1.25 (0.87)	1.34 (0.92)	0.88 (0.46)
Skala <i>Depressivität</i>	1.79 (0.85)	1.80 (0.85)	1.78 (0.89)
Skala <i>Ängstlichkeit</i>	1.15 (0.86)	1.23 (0.87)	0.86 (0.80)
<b>Posttraumatische Belastung (PDS)<sup>a)</sup></b>			
Symptomschwere (0 bis 51 Punkte), <i>M</i> ( <i>SD</i> )	25.65 (12.05)	26.89 (11.51)	20.90 (13.49)
<b>Komorbide Störungen<sup>b)</sup></b>			
Depression	31 (62%)	26 (65%)	5 (50%)
PTBS	11 (22%)	8 (20%)	3 (30%)
Generalisierte Angststörung	7 (14%)	7 (18%)	0 (0%)
Panikstörung	12 (24%)	11 (28%)	1 (10%)
Somatoforme Störung <sup>c)</sup>	27 (54%)	23 (58%)	4 (40%)

*Anmerkungen.* Die Zahlenwerte bezeichnen, soweit nicht anders angegeben, absolute Häufigkeiten, mit den zugehörigen Prozentwerten in Klammern. Die Angaben zu den komorbiden Störungen beziehen sich auf die 12-Monats-Prävalenzen. IKT-13 = Interview zur Komplizierten Trauer, 13 Items; SCL-90-R = Symptomcheckliste-90-Revidiert; GSI = Globaler Schwereindex; PDS = Posttraumatische Diagnoseskala; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.

<sup>a)</sup> *N* = 48, *n*<sub>1</sub> = 38, *n*<sub>2</sub> = 10 (zweimal fehlender Wert, einmal kein traumatisches Ereignis erlebt)

<sup>b)</sup> *N* = 50, *n*<sub>1</sub> = 40, *n*<sub>2</sub> = 10 (fehlende Werte bei einer Person)

<sup>c)</sup> enthält Somatisierungsstörung und Schmerzstörung

In Tabelle 8 sind sowohl der Gesamtscore als auch die Subskalenwerte für das posttraumatische Wachstum angegeben. Es existieren hierzu keine Richtwerte, im Vergleich zu anderen Studien scheinen sie allerdings nicht besonders hoch ausgeprägt zu sein. So geben Armstrong und Shakespeare-Finch (2011) bei Verlust eines Verwandten ersten Grades einen Gesamtscore-Mittelwert von 62 Punkten, bei Verwandten zweiten Grades einen von 50 Punkten an. Engelkemeyer und Marwit (2008) berichten für verwaiste Eltern einen Wert von 65 Punkten, Shakespeare-Finch und Armstrong (2010) für allgemein Trauernde sogar von 71 Punkten.

Tabelle 8

*Posttraumatisches Wachstum der Stichprobe (Baseline)*

	Gesamtstichprobe <i>N</i> = 51	Follow-Up-Completer <i>n</i> <sub>1</sub> = 41	Lost-to-Follow-Up <i>n</i> <sub>2</sub> = 10
<b>Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR), <i>M</i> (<i>SD</i>)</b>			
<b>Gesamtwert</b> (0 - 105 P.)	40.02 (15.95)	40.78 (14.91)	36.90 (20.30)
<i>Neue Möglichkeiten</i> (0 - 25 P.)	7.37 (4.88)	7.51 (4.54)	6.80 (6.32)
<i>Beziehungen zu anderen</i> (0 - 35 P.)	16.27 (5.73)	16.29 (5.50)	16.20 (6.96)
<i>Wertschätzung des Lebens</i> (0 - 15 P.)	5.88 (3.79)	6.20 (3.74)	4.60 (3.92)
<i>Persönliche Stärken</i> (0 - 20 P.)	7.59 (4.09)	7.71 (3.94)	7.10 (4.86)
<i>Religiöse Veränderung</i> (0 - 10 P.)	2.90 (2.93)	3.07 (3.04)	2.20 (2.44)

Anmerkung. P. = Punkte

Schließlich sind in Tabelle 9 noch die SKID-II-Fragebogenscores angegeben, sowohl in Form des Gesamtwertes als auch aufgeschlüsselt nach den zwölf einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Zusätzlich wird der Anteil an Personen berichtet, welche den jeweiligen Cut-off-Wert erreicht oder überschritten haben. Zu beachten ist, dass diese Angaben lediglich auf dem Screening-Fragebogen, und nicht auf dem Interview beruhen, anhand dessen die Angaben der Patienten nochmals validiert werden müssten, wollte man endgültig Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung ist das Vorliegen komorbider Persönlichkeitsstörungen bei einer Anzahl von Patienten zwar nicht als bestätigt, aber doch als wahrscheinlich anzusehen, zumal 92% der Gesamtstichprobe im Fragebogen den Cutoff-Wert von mindestens einer Persönlichkeitsstörung erreichten. Im Vergleich zu der PTBS-Stichprobe einer anderen Therapie-Evaluationsstudie, welche ebenfalls an der Hochschulambulanz der LMU

durchgeführt wurde (König, 2012), und in welcher 80% der Teilnehmer mindestens für eine Persönlichkeitsstörung den Cutoff-Wert überschritten hatten, weisen die Patienten der vorliegenden Untersuchung mehr Persönlichkeitsproblematik auf. Insbesondere selbstunsichere Personen waren mit 44% versus 13% hier deutlich häufiger vertreten.

Tabelle 9

*Screening pathologischer Persönlichkeitsmerkmale (Baseline)*

SKID-II-Fragebogen	Gesamtstichprobe <i>N</i> = 50		Follow-Up-Completer <i>n</i> <sub>1</sub> = 40		Lost-to-Follow-Up <i>n</i> <sub>2</sub> = 10	
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> (%)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> (%)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> (%)
<b>Cluster A</b>						
<i>Paranoid</i> (0 - 8 P.)	3.64 (2.42)	23 (46)	3.53 (2.29)	19 (48)	4.10 (3.00)	4 (40)
<i>Schizotypisch</i> (0 - 11 P.)	2.76 (2.26)	7 (14)	2.85 (2.07)	5 (13)	2.40 (3.03)	2 (20)
<i>Schizoid</i> (0 - 6 P.)	2.02 (1.49)	15 (30)	1.90 (1.55)	12 (30)	2.50 (1.18)	3 (30)
<b>Cluster B</b>						
<i>Histrionisch</i> (0 - 7 P.)	1.30 (1.28)	1 (2)	1.20 (1.04)	0 (0)	1.70 (2.00)	1 (10)
<i>Narzisstisch</i> (0 - 16 P.)	2.80 (2.24)	10 (20)	2.58 (2.17)	8 (20)	3.70 (2.41)	2 (20)
<i>Borderline</i> (0 - 14 P.)	5.14 (3.36)	22 (44)	5.08 (3.21)	18 (45)	5.40 (4.06)	4 (40)
<i>Antisozial</i> (0 - 15 P.)	0.90 (1.33)	5 (10)	0.88 (1.36)	4 (10)	1.00 (1.25)	1 (10)
<b>Cluster C</b>						
<i>Selbstunsicher</i> (0 - 7 P.)	3.22 (2.41)	22 (44)	3.25 (2.38)	18 (45)	3.10 (2.64)	4 (40)
<i>Dependent</i> (0 - 8 P.)	2.88 (1.92)	13 (26)	2.83 (1.96)	10 (25)	3.10 (1.85)	3 (30)
<i>Zwanghaft</i> (0 - 9 P.)	4.56 (1.72)	33 (66)	4.68 (1.73)	28 (70)	4.10 (1.66)	5 (50)
<i>Negativistisch</i> (0 - 8 P.)	2.56 (2.08)	11 (22)	2.65 (2.12)	10 (25)	2.20 (1.99)	1 (10)
<i>Depressiv</i> (0 - 8 P.)	3.56 (2.09)	17 (34)	3.58 (1.92)	13 (33)	3.50 (2.80)	4 (40)
mindestens ein Cut-off erreicht/überschritten		46 (92)		37 (93)		9 (90)
mittlere Anzahl überschrittener Cut-offs	3.58 (2.51)		3.63 (2.56)		3.40 (2.41)	

*Anmerkungen.* Reduzierte Stichprobengröße wegen eines fehlenden Fragebogens; *M* (*SD*) bezeichnet Mittelwerte und Standardabweichungen der bejahten Fragen; *n* (%) bezeichnet die Anzahl und den Prozentsatz der Personen, die den Cutoff-Wert erreicht oder überschritten haben; SKID-II-Fragebogen = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Fragebogenform, P. = Punkte

## 2.4 Diagnostische Instrumente

### 2.4.1 *Soziodemographische Erhebung*

Die soziodemographische Erhebung erfolgte bereits ganz zu Beginn der Studie anhand der Basisdokumentation der Hochschulambulanz. Für die Datenauswertung wurden daraus Alter, Geschlecht und Familienstand entnommen. Die entsprechenden Werte können der in Tabelle 6 (Seite 80) aufgeführten Stichproben-Charakteristik entnommen werden.

### 2.4.2 *Nachbefragungsbogen*

In der Literatur wird mitunter bemängelt, dass in Follow-Up-Studien oftmals keine Informationen über weitere in Anspruch genommene Behandlungen zwischen dem Therapieende und der Katamnese mitgeteilt werden. Auch Angaben zu anderen konfundierenden Variablen, die die Follow-Up-Periode betreffen, fehlen oftmals, was die Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse erheblich einschränkt (Bakker et al., 1998). Aus diesem Grund wurde für die vorliegende Untersuchung ein spezieller Nachbefragungsbogen entworfen und eingesetzt, der die wichtigsten Informationen bezüglich des Follow-Up-Intervalls erfasst (siehe Anhang 7). Er wurde in drei Versionen entwickelt, da die vorliegende Katamnese-Untersuchung Patienten mit unterschiedlichem Behandlungsstatus umfasst. Für die Dropouts wurde zum Standardbogen (Completer) ein Fragenkatalog zu ihren ursprünglichen Abbruchgründen hinzugefügt, da diese in der Basisstudie nicht strukturiert erhoben wurden. Für die frühen Abbrecher fiel der Therapiebewertungsteil weg, da sie keiner Therapiesitzung beigewohnt hatten. Die Zusammenstellung der einzelnen Fragen orientierte sich zum einen an zwei Grönenbacher Nachbefragungsbögen (GNBB-P2007 und GNBB-D 1.0), welche uns freundlicherweise von Dr. R. Mestel zur Verfügung gestellt wurden. Zum anderen wurden Anregungen aus einschlägigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen aufgegriffen und durch eigene Überlegungen ergänzt, um den spezifischen Anforderungen der vorliegenden Untersuchung zu genügen.

Der Fragebogen enthält subjektive Einschätzungen zur momentanen Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen sowie zu Veränderungen in Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit seit dem Ende der Therapie bzw. seit dem Dropout-Zeitpunkt. Es folgen Fragen zur Arbeitsunfähigkeit, zur Medikamenteneinnahme und zu belastenden Ereignissen (z.B. weitere Todesfälle, Trennungen und Verluste), die seitdem stattgefunden haben. Außerdem wird nach der Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote und Psychotherapien gefragt. Dieser erste Teil des

Nachbefragungsbogens ist für alle drei Probanden-Gruppen gleich. In den Versionen für die Therapie-Completer und Therapie-Dropouts erfolgt dann eine kurze Bewertung der an der Hochschulambulanz erhaltenen Trauertherapie und eine persönliche Einschätzung, wie hilfreich diese insgesamt war. In der letzten, offen gestellten Frage konnten die Teilnehmer schließlich alles dasjenige äußern, was sie den Projektmitarbeitern noch mitteilen wollten. Die Nachbefragungsbögen für die Dropouts (Therapie-Dropouts und frühe Abbrecher) enthalten, wie oben bereits erwähnt, zusätzlich noch Fragen zu ihren Abbruchgründen. Dies zunächst in Form einer offenen Eingangsfrage und anschließend anhand bereits vorgegebener, möglicher Abbruchgründe in sechs Kategorien. Die Patienten sollten mit *ja* oder *nein* ankreuzen, ob diese für sie persönlich eine Rolle gespielt hatten oder nicht. Diese sehr differenzierte Exploration der Abbruchgründe wurde in Anlehnung an Simons, Levine, Lustman und Murphy (1984), mit einer Anpassung an die Besonderheiten der vorliegenden Studie, zusammengestellt. In der modernen Psychotherapieforschung wird zunehmend die Berücksichtigung von Therapieabbrechern gefordert, da sie eine wichtige Informations-Ressource darstellen (Lutz, Kosfelder & Joormann, 2004). Beispielsweise sollen von der Analyse ihrer Abbruchgründe zukünftige Patienten profitieren können. Außerdem gibt es bei Studienabbrechern die seltene Möglichkeit, natürliche Störungsverläufe zu beobachten – sofern sie zwischenzeitlich nicht anderweitig Therapien aufgenommen haben. Des Weiteren können nicht berücksichtigte Daten von Dropouts zu Verzerrungen der Ergebnisse führen.

Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) wurde anhand der vorliegenden Stichprobe für drei verschiedene Itemgruppen ermittelt. Für die acht Fragen zur Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen (Item 1) betrug sie  $\alpha = .92$ , für die drei Fragen nach Veränderungen des Befindens seit dem Therapieende bzw. Dropoutzeitpunkt (Items 2 bis 4) ergab sich ein  $\alpha = .89$ . Die Therapiebewertung umfasst sieben Items (Items 13 bis 19) und zeigte eine interne Konsistenz von  $\alpha = .94$ . Wird auch die Frage nach den allgemeinen Auswirkungen der Therapie auf den Zustand des Patienten (Item 20) zu diesen Items hinzugenommen, bleibt die interne Konsistenz unverändert bei  $\alpha = .94$ . Alle Reliabilitätswerte sind somit als gut zu bewerten.

### 2.4.3 Klinische Interviews

#### 2.4.3.1 Interview zur Komplizierten Trauer - 13 (IKT-13)

(nach Prigerson & Maciejewski, 2008; dt. Übersetzung durch Pfoh, 2007)

Das Interview zur Erhebung der Symptome einer komplizierten Trauerreaktion entspricht der deutschen Übersetzung der *Prolonged Grief Disorder (PG-13) Scale* von Prigerson

und Maciejewski (2008). Es ist in der für die Studie verwendeten Form in Anhang 8 einzusehen, die einzelnen Items sind außerdem – gegliedert nach den entsprechenden Diagnosekriterien nach Prigerson et al. (2009), aus denen die PG-13-Skala auch entwickelt wurde – in Tabelle 10 aufgeführt.

Tabelle 10

*Die 13 Items des IKT-13 und ihre Zuordnung zu den Diagnosekriterien*

Item-Nr.	Kriterium und zugehörige Fragen
<b>Trennungsschmerz (Kriterium B)</b>	
1	Während des letzten Monats, wie oft hatten Sie Sehnsucht oder starkes Verlangen nach der verstorbenen Person?
2	Während des letzten Monats, wie oft erlebten Sie intensive Gefühle von Schmerz, Wehmut oder Trauer in Bezug auf die verstorbene Person?
<b>Kognitive, emotionale und Verhaltenssymptome (Kriterium C)</b>	
3	Während des letzten Monats, wie oft versuchten Sie, die Erinnerung von sich zu schieben, dass die verstorbene Person tatsächlich nicht mehr da ist?
4	Während des letzten Monats, wie oft waren Sie bezüglich des Todes fassungslos, schockiert oder benommen?
5	Fühlten Sie sich ratlos bezüglich Ihrer Lebenslage oder hatten Sie das Gefühl eines geminderten Selbst (z.B. so als ob ein Teil Ihrer selbst gestorben wäre)?
6	Fällt es Ihnen schwer, Ihren Verlust zu akzeptieren?
7	Fällt es Ihnen seit Ihrem Verlust schwer, anderen Menschen zu vertrauen?
8	Sind Sie verbittert über Ihren Verlust?
9	Glauben Sie, dass es jetzt schwierig für Sie ist, Ihr Leben weiterzuführen (z.B. neue Freunde zu finden, neue Interessen zu verfolgen)?
10	Fühlen Sie sich wie betäubt seit Ihrem Verlust?
11	Kommt Ihnen Ihr Leben seit Ihrem Verlust unerfüllt, leer und bedeutungslos vor?
<b>Dauer der Symptomatik (Kriterium D)</b>	
12	Für alle bisherigen Fragen, die mit (2), (3), (4) oder (5) beantwortet wurden: Hatten Sie diese Erfahrungen seit mindestens sechs Monaten?
<b>Funktionale Beeinträchtigungen (Kriterium E)</b>	
13	Bemerkten Sie eine deutliche Einschränkung Ihrer Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld (z.B. im häuslichen Umfeld)?

Das IKT-13 besitzt eine strukturierte Erhebungs- und Auswertungsform. Es kann sowohl zur kategorialen Diagnosestellung als auch zur dimensional Bestimmung des Schweregrades verwendet werden und diente in der vorliegenden Untersuchung als primäres Ergebnismaß. Die Diagnosekriterien des IKT-13 stimmen mit den Konsensus-Kriterien für prolongierte Trauer (Prigerson et al., 2009; siehe Tab. 1, S. 10) weitgehend überein. Ein geringfügiger Unterschied besteht in der Formulierung des Zeitkriteriums: Im IKT-13 wird ein Bestehen der Symptomatik seit mindestens sechs Monaten gefordert, während bei Prigerson et al. (2009) der Todesfall zwar mindestens sechs Monate zurückliegen muss, für das Vorliegen der Symptome jedoch kein zeitlicher Mindestrahmen festgesetzt wurde. Dieser Unterschied ist allerdings nur im Falle eines verzögerten Beginns der Symptomatik relevant, was zwar äußerst selten zu beobachten ist (Bonanno & Field, 2001; Middleton, Burnett, Raphael & Martinek, 1996), vereinzelt jedoch als Subtyp einer pathologischen Trauerreaktion durchaus gefunden werden konnte (Prigerson et al., 2009). Außerdem wird das Trennungsschmerz-Kriterium im IKT-13 mittels zweier getrennter Fragen erfasst (Items 1 und 2).

Voraussetzung für die Diagnosestellung einer komplizierten Trauer nach diesem Interview ist, dass der Klient den Verlust eines nahestehenden Menschen durch Tod erlebt hat (Kriterium A). Daneben muss der Trennungsschmerz (Kriterium B, Items 1 und 2) mindestens einmal pro Tag auftreten (Antwortkategorie 4 oder 5; siehe unten). Weiterhin müssen fünf von neun kognitiven, emotionalen oder verhaltensbezogenen Symptomen mindestens *einmal pro Tag* auftreten bzw. in mindestens *ziemlich* starker Ausprägung vorliegen (Kriterium C, Items 3 bis 11; ebenfalls Antwortkategorie 4 oder 5). Sämtliche Symptomfragen beziehen sich auf den letzten Monat. Eine weitere Voraussetzung ist, dass alle vom Patienten angegebenen Symptome seit mindestens sechs Monaten bestehen (Kriterium D) und mit einer deutlichen Einschränkung der eigenen Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld verbunden sind (Kriterium D). Ursprünglich wurde von den Projektmitarbeiterinnen festgelegt, dass die Diagnose einer KT, welche als wichtigstes Einschlusskriterium für die Aufnahme in die Studie galt, nur bei gleichzeitigem Vorliegen von Item 1 *und* 2 in mindestens täglicher Auftretenshäufigkeit gestellt werden sollte. Außerdem galt ein Mindestwert von insgesamt 38 Punkten, summiert über alle 13 Items, als notwendiges Kriterium. Da sich dies mittlerweile als eine Abweichung von dem durch die Autoren der PG-13-Skala festgelegten Diagnosealgorithmus herausstellte, werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Diagnosekriterien an die Urheber angepasst und mit *Prigerson-Kriterien* bezeichnet. Das bedeutet, dass nur Item 1 *oder* Item 2 in der oben erwähnten Häufigkeit auftreten muss und dass es keinen Mindestgesamtpunktwert gibt. Außerdem



erstreckt sich die Ermittlung der Symptomschwere nicht mehr, wie zu Beginn der Studie, auf die Gesamt-Itemsumme, sondern nur noch auf die eigentlichen Symptomitems, also Items 1 bis 11.

Die Punkte beziehen sich jeweils auf die Auftretenshäufigkeit bzw. -intensität der abgefragten Merkmale. Die Skala der Auftretenshäufigkeit, bezogen auf den letzten Monat, reicht von *überhaupt nicht* (1), *mindestens einmal* (2), *mindestens einmal pro Woche* (3), *mindestens einmal pro Tag* (4) bis zu *mehrmals täglich* (5). Sie betrifft Items 1 bis 4. Die Intensität wird ebenfalls in einer fünffachen Abstufung erhoben, von *überhaupt nicht* (1), *kaum* (2), *ein wenig* (3), *ziemlich* (4) bis *sehr* (5). Dies betrifft Items 5 bis 11. Die Fragen zur Dauer der Symptome und zu den funktionalen Einschränkungen können nur mit *ja* (5 Punkte) oder *nein* (1 Punkt) beantwortet werden.

Die Originalversion PG-13 weist laut Supiano und Luptak (2013) eine hohe interne Konsistenz von  $\alpha = .94$  sowie eine Retestreliabilität von  $r_{tt} = .80$  auf und zeigt sowohl ausreichend konvergente als auch Kriteriumsvalidität. Die endgültige psychometrische Evaluation des Instrumentes ist im Forschungsteam um H. Prigerson allerdings noch in Bearbeitung (ebenda). Holland et al. (2014) berichten ein Cronbachs Alpha von  $\alpha = .82$  bis  $.93$ , Delalibera, Coelho und Barbosa (2011) geben für eine portugiesische Stichprobe  $\alpha = .93$  an. In der Studie von Schaal et al. (2009a) wurde die interne Konsistenz des Interviews mit  $\alpha = .76$  angegeben. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zeigte sich für die Baseline-Erhebung über die 11 Symptomitems hinweg ein Cronbachs Alpha von lediglich  $\alpha = .529$  ( $N = 51$ ), was möglicherweise mit der sehr homogen schwer belasteten Stichprobe und den strengen Einschlusskriterien hinsichtlich komplizierter Trauer (Forderung von „Item 1 und Item 2“, siehe oben) zusammenhängen könnte. Zum Pretreatment-Zeitpunkt lag es mit  $\alpha = .637$  ( $n = 47$ ) zwar etwas höher, war damit aber immer noch unbefriedigend. Für die Katamnese-Erhebung ist Cronbachs Alpha dann allerdings mit  $\alpha = .900$  ( $n = 39$ ) als gut einzustufen.

Das IKT-13 wurde während der Katamnese-sitzungen überwiegend als klinisches Interview eingesetzt. Wie in Abschnitt 2.3.1 bereits erwähnt, wurde es aber auch viermal telefonisch und dreimal im Fragebogenformat (FKT-13 = Fragebogen zur Komplizierten Trauer - 13) durchgeführt, welches identisch mit der Interview-Form ist.

#### 2.4.3.2 Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen - Interview (DIA-X-Interview), Computer-Version (Wittchen & Pfister, 1997)

Das DIA-X-Interview ist ein modular aufgebautes und flexibles diagnostisches Beurteilungssystem, das Aussagen zum Vorliegen psychischer Störungen bezogen auf

die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 erlaubt. Dabei kann es je nach Fragestellung in einer Lebenszeitversion oder einer zeitlich weniger aufwendigen Querschnittsfassung (12 Monate) eingesetzt werden. Es liegt in einer Papier-und-Bleistift- und in einer PC-Version vor. Für die vorliegende Untersuchung wurde die PC-Version verwendet. Das Interview ist für Forschung und Praxis geeignet. Es ist voll standardisiert, d.h. die Reihenfolge der Fragen sowie deren Wortlaut sind vollständig vorgegeben, ebenso die Kodierung der Antworten des Patienten. Die Durchführungsdauer des Interviews hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie z.B. dem Schweregrad und der Komplexität der Störungen und der Kooperationsbereitschaft des Probanden. Die Autoren geben als mittlere Dauer 70 Minuten an. Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen im Kindes- und Jugendlichenalter werden mit dem Interview nicht erfasst. Das DIA-X-Interview ist in 16 Sektionen unterteilt, die auch einzeln oder in selbst zusammengestellter Kombination durchgeführt werden können. Nach Fragen zur Soziodemographie folgen zwölf störungsbezogene Sektionen: Störungen durch Tabakkonsum, somatoforme und dissoziative Störungen, Phobien und andere Angststörungen, depressive Episoden und Dysthymie, Manie und bipolare affektive Störungen, schizophrene und andere psychotische Störungen, Essstörungen, Störungen durch Alkoholkonsum, Zwangsstörungen, Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen und posttraumatische Belastungsstörung. In den weiteren drei Sektionen werden Interviewerbeobachtungen und -beurteilungen sowie Fragen zu unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themenbereichen erfasst.

Die Interrater-Reliabilität ist mit Kappa-Werten von .81 bis 1.0 sehr hoch. Die Test-Retest-Reliabilität ist je nach Sektion mittel- bis befriedigend hoch. Die Validität (Vergleich mit Konsensus-Diagnosen erfahrener Psychiater) ist ebenfalls befriedigend, kann jedoch bei psychotischen Störungen, undifferenzierter somatoformer Störung und dissoziativer Störung möglicherweise herabgesetzt sein (Wittchen & Pfister, 1997). Deshalb sollten diesbezügliche Diagnosen möglichst von einem erfahrenen Kliniker überprüft werden.

Die Auswertung erfolgt computerisiert. Das Auswertungsprogramm zieht als Grundlage für die Diagnostik der psychischen Störungen die DSM-IV-Kriterien heran, die Diagnosekodierung erfolgt mit dem dazugehörigen F-Code der ICD-10. Das Auswertungsprotokoll gibt an, welche Diagnosekriterien erfüllt sind, außerdem das Alter bei Beginn der Störung, ihr letztmaliges Auftreten sowie ausgewählte Merkmale. Die Hauptvorteile des DIA-X-Interviews liegen in der hohen Objektivität, internationalen Vergleichbarkeit, guten Interrater-Reliabilität sowie in der ökonomischen und flexiblen Anwendbarkeit.

Für die vorliegende Untersuchung wurde die Querschnittsversion des Interviews verwendet, um möglicherweise bestehende komorbide Störungen der Patienten zu erfassen. Es wurde allerdings nur zum Baseline-Zeitpunkt vollständig durchgeführt. Zu allen späteren Messzeitpunkten wurden jeweils nur diejenigen Sektionen ausgewählt, für die bei der Baseline-Messung die diagnostischen Kriterien erfüllt gewesen waren.

#### 2.4.4 Klinische Fragebögen

##### 2.4.4.1 Symptom-Checkliste mit 90 Items, revidiert (SCL-90-R) (Derogatis, 1977; deutsche Version von Franke, 2002)

Die SCL-90-R gehört seit Jahren weltweit zu den im ambulanten, stationären und wissenschaftlichen Bereich am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Erfassung der psychischen Symptombelastung. Insbesondere wird sie auch gern zur Evaluation von Psychotherapien angewandt. Sie ist ein 90 Items umfassender Fragebogen, der sich auf die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der vergangenen sieben Tage bezieht. 83 der 90 Items sind folgenden neun Subskalen zugeordnet: *Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus*. Sie erlauben somit einen Überblick über die Belastung in diesen Symptomdimensionen, welche jedoch nicht mit den DSM- oder ICD-Kategorien psychischer Störungen gleichzusetzen sind. Sieben zusätzliche und separat auswertbare Items, die keiner der vorher genannten Skalen angehören, bilden eine eigene Unterkategorie. Sie erfassen folgende Symptome: schlechten Appetit, unruhigen oder gestörten Schlaf, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an Tod und Sterben, Drang, sich zu überessen, frühes Erwachen am Morgen und Schuldgefühle. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von 0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark*) schätzen die Probanden ein, wie sehr sie in der letzten Woche unter den aufgeführten Symptomen gelitten haben. Die Auswertung erfolgt anhand der Durchschnittswerte der einzelnen Unterskalen sowie mit drei globalen Kennwerten: Der *GSI (Global Severity Index)* erfasst die grundsätzliche psychische Belastung, der *PSDI (Positive Symptom Distress Index)* misst die Intensität der Antworten und der *PST (Positive Symptom Total)* gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der *GSI* als sekundäres Outcome-Maß zur Beurteilung der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik herangezogen. Er gilt als bester Indikator für das Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung (Franke, 2002) und entspricht dem Mittelwert über alle 90 Items. Obwohl die Subskalenwerte aufgrund der nicht eindeutigen Faktorenstruktur für sich genommen nicht

aussagekräftig genug sind (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001), wurden die Skalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* dennoch auch einzeln betrachtet und ausgewertet. Diese Symptombereiche liegen oftmals bei kompliziert Trauernden neben der spezifischen Trauersymptomatik zusätzlich vor und sollten bei der Beurteilung des Trauertherapieerfolgs deshalb - zumindest in vereinfachter diagnostischer Form - Berücksichtigung finden.

Die SCL-90-R wurde anhand mehrerer Gruppen von Jugendlichen und Erwachsenen normiert. Auch eine Normierung an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe liegt vor (Hessel et al., 2001). Es wurde dabei für den GS/ ein Mittelwert von 0.38 ( $SD = 0.39$ ) und eine sehr hohe interne Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = .97$  errechnet. Für die einzelnen Subskalen liegt die interne Konsistenz zwischen .75 und .88. Bereits für die amerikanischen Normstichproben sprachen sowohl die Alpha-Koeffizienten als auch die Testwiederholungsreliabilität für eine gute Zuverlässigkeit des Messverfahrens. Die konvergente, divergente und faktorielle Validität sind zwar nach Franke (2002) weitgehend bestätigt, allerdings wurde die faktorielle Validität in zahlreichen Studien nicht belegt und ist bis heute umstritten. Insgesamt kann man sagen, dass trotz kritischer Diskussionen, unter anderem über die mangelnde empirische Bewährung ihrer faktoriellen Struktur, die SCL-90-R längst den Status eines Standardinstrumentes erreicht hat und als Routineverfahren bei der Evaluation ambulanter und stationärer psychosozialer Interventionen oder als Screening-Instrument für psychische Störungen häufig eingesetzt wird (Lang & Hoyer, 2003). Sie stellt also ein Selbstbeurteilungs-Verfahren dar, das eine gute Einschätzung der aktuellen allgemeinen psychischen Gesamtbelastung einer Person bietet, mit der allerdings keine Diagnose gestellt werden kann.

#### 2.4.4.2 Posttraumatische Diagnoseskala (PDS)

(Foa, 1995; deutsch von Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996)

Bei der PDS handelt es sich um die von Edna Foa entwickelte und ins Deutsche übersetzte *Posttraumatic Diagnostic Scale*. Konzipiert als ein Selbstbeurteilungs-Verfahren, dient die PDS zur Erfassung der DSM-IV-Kriterien einer PTBS. Neben der dimensionalen Erfassung des Schweregrades der Störung ist auch eine Diagnosestellung nach dem DSM-IV möglich. Zunächst werden verschiedene mögliche traumatische Ereignisse aufgeführt, bei denen der Proband jeweils mit *ja* oder *nein* ankreuzen soll, ob er eines oder mehrere davon irgendwann in seinem Leben schon erlebt hat (persönlich oder als Zeuge). Falls mehrere Ereignisse vorliegen, sollen die weiteren Fragen auf das subjektiv schlimmste der Ereignisse bezogen werden. Es wird

sodann nach dem Zeitabstand zum Ereignis und dem damaligen subjektiven Erleben der Situation gefragt (sogenannte A-Kriterien). Es folgt die Erfassung der aktuellen Symptomatik anhand von 17 Items (DSM-IV-Kriterien B, C und D), die jeweils auf einer vierstufigen Skala hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit im letzten Monat angegeben werden sollen (0 = *überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat*, 1 = *manchmal / einmal pro Woche oder seltener*, 2 = *die Hälfte der Zeit / 2 bis 4 mal pro Woche*, 3 = *fast immer / 5 mal oder öfter pro Woche*). Sie können den drei Subskalen *Wiedererleben/Intrusionen* (Items 1-5), *Vermeidung* (Items 6-12) und *Übererregung* (Items 13-17) zugeordnet werden. Schließlich erfolgt noch die Frage nach dem Andauern der Symptomatik (Kriterium E), und ob diese innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Ereignis oder verzögert aufgetreten ist. Zuletzt wird nach funktionellen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen aufgrund der traumatischen Erfahrung gefragt (Kriterium F).

Die Auswertung erfolgt zum einen durch die Überprüfung sämtlicher im DSM-IV geforderten diagnostischen Kriterien. Zum anderen wird aus den 17 Symptom-Items der Summenscore gebildet und der Schweregrad der posttraumatischen Belastung bestimmt. Hier geht man bei Werten von 0 bis 10 von einer unauffälligen Symptomatik aus, bei 10 bis 20 von einer leichten bis mittleren, bei 20 bis 30 von einer mittelschweren, und bei mehr als 30 Punkten spricht man von einer schweren Symptomatik. Die Diagnose sollte möglichst durch ein Fremdbeurteilungsverfahren abgesichert werden.

Untersuchungen der englischsprachigen Originalversion konnten die Reliabilität und Validität der PDS bestätigen (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). Die interne Konsistenz der Symptom-Items insgesamt betrug  $\alpha = .92$ , für die Subskala *Wiedererleben* lag sie bei  $.78$ , für *Vermeidung* bei  $.84$  und für *Übererregung* ebenfalls bei  $.84$ . Die Test-Retest-Reliabilität betrug für den Gesamtwert  $r_{tt} = .83$ , für *Wiedererleben*  $.77$ , für *Vermeidung*  $.81$  und für *Übererregung*  $.85$ . Untersuchungen zu den Gütekriterien der deutschsprachigen Übersetzung der PDS qualifizieren auch diese als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung posttraumatischer Symptombelastung, wenn auch die Faktorenstruktur nicht den drei Symptomclustern des DSM-IV entspricht (Griesel, Wessa & Flor, 2006).

#### 2.4.4.3 Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)

(Tedeschi & Calhoun, 1996; deutsch von Maercker & Langner, 2001)

Das Ausmaß an posttraumatischem Wachstum wurde mit dem Fragebogen *Posttraumatische Persönliche Reifung* (PPR) von Maercker und Langner (2001) erfasst, der die deutsche Übersetzung des Fragebogens *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI)

von Tedeschi und Calhoun (1996) darstellt. Das PTGI ist ein etabliertes und theoretisch fundiertes, quantitatives Messinstrument und erfasst, inwieweit eine Person nach einem traumatischen Ereignis positive Veränderungen bei sich wahrnimmt. Es wurde anhand einer Stichprobe aus College-Studenten entwickelt und validiert und enthält 21 Items. Eine Hauptfaktorenanalyse ergab, dass sich diese 21 Items zu fünf Subskalen unterschiedlicher Itemanzahl gruppieren lassen. Eine teststatistische Überprüfung der Faktorenstruktur durch Maercker und Langner (2001) kam zu dem Ergebnis, dass die deutsche Version (PPR) analog zum PTGI ohne Veränderungen der Faktorenzuzuordnung verwendet werden kann. Zwar ließen sich nur vier der fünf Faktoren replizieren, denn die Items der Subskala *Persönliche Stärken* verteilten sich auf die anderen Faktoren. Da jedoch die Kongruenz mit der amerikanischen Originalversion dennoch ausreichend ist, und um die Vergleichbarkeit mit bisherigen und folgenden Studien zu gewährleisten, empfehlen Maercker und Langner (2001) auch für den deutschsprachigen Raum die fünffaktorielle Lösung. Deshalb wurde für die deutsche Version die Originalstruktur des amerikanischen Fragebogens beibehalten. Für den PTGI berichten Tedeschi und Calhoun (1996) eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Gesamtskala von  $\alpha = .90$ , die über denen aller fünf Subskalen liegt. Sie beträgt für die Subskala *Neue Möglichkeiten*  $\alpha = .84$ , für *Beziehungen zu Anderen*  $\alpha = .85$ , für *Wertschätzung des Lebens*  $\alpha = .67$ , für *Persönliche Stärken*  $\alpha = .72$  und für *Religiöse Veränderungen*  $\alpha = .85$ . Die von den Autoren über einen Zeitraum von zwei Monaten gemessene Test-Retest-Reliabilität der Gesamtskala war mit  $r_{tt} = .71$  akzeptabel. Für die einzelnen Subskalen reichte sie von  $r_{tt} = .65$  bis  $.74$ , lediglich die Subskalen *Wertschätzung des Lebens* ( $r_{tt} = .47$ ) und *Persönliche Stärken* ( $r_{tt} = .37$ ) wiesen eine niedrige Test-Retest-Reliabilität auf (siehe auch Park & Lechner, 2006). Maercker und Langner (2001) konnten für die deutsche Version eine interne Konsistenz der Gesamtskala von  $\alpha = .92$  nachweisen, für die einzelnen Skalen Werte zwischen  $.73$  und  $.85$ . Sowohl die konvergente als auch die diskriminante Validität sehen die Autoren für den PPR-Fragebogen als gegeben an. Zur Beantwortung der Fragen liegt ein sechsstufiges Antwortformat (von 0 = *überhaupt nicht* bis 5 = *sehr stark*) vor, so dass der Gesamtscore von 0 bis 105 Punkten reichen kann.

#### 2.4.4.4 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II), Fragebogenform (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)

Das SKID-II ist ein Verfahren zur Diagnostik folgender zwölf Persönlichkeitsstörungen, welche auf der Achse II des DSM-IV bzw. in dessen Anhang aufgeführt sind: selbstunsichere, dependente, zwanghafte, negativistische, depressive, paranoide,

schizotypische, schizoide, histrionische, narzisstische, Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung. Die Persönlichkeitsdiagnostik mittels SKID-II verläuft in zwei Schritten. Zunächst wird dem Patienten der Fragebogen vorgelegt, welcher als relativ sensitives Screening-Instrument zur Erfassung möglicherweise vorliegender Persönlichkeitsstörungen dient. Zur Beantwortung der Fragen sollen sich die Probanden auf die letzten fünf bis zehn Jahre beziehen, um überdauernde Merkmale und nicht etwa nur vorübergehende, durch aktuelle psychische Probleme beeinflusste Erlebens- und Verhaltensweisen zu erfassen. Zur endgültigen Diagnosestellung ist allerdings die anschließende Durchführung des Interviews erforderlich. Es sollen dabei diejenigen Fragen nachexploriert werden, die im Fragebogen mit *Ja* beantwortet wurden, beziehungsweise auch die dem Kliniker fraglich erscheinenden *Nein*-Antworten. Das SKID-II kann sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, bei psychiatrischen ebenso wie bei allgemeinmedizinischen Patienten eingesetzt werden.

Der SKID-II-Fragebogen wurde den Teilnehmern der vorliegenden Untersuchung zum Baseline-Zeitpunkt vorgelegt. Da im Rahmen dieser Studie das Ziel nicht in einer soliden Persönlichkeitsdiagnostik bestand, sondern vielmehr in der ungefähren Einschätzung vorhandener problematischer Persönlichkeitsanteile und deren Einfluss auf den Therapieerfolg, wurde auf die Durchführung des Interviews verzichtet.

#### 2.4.4.5 Ressourcenfragebogen

Der Ressourcenfragebogen wurde von den Projektmitarbeiterinnen aus verschiedenen Quellen selbst zusammengestellt. Er enthält offene Fragen zu Freizeitbeschäftigungen, positiven Erlebnissen, Lebenserfolgen, persönlichen Stärken, Hilfestellungen, wichtigen Personen und zur Wohnsituation. Obwohl er weder in der Basis- noch in der Katamnese-Studie in die Auswertung der Daten mit einbezogen wurde, wurde er dennoch in die Follow-Up-Untersuchung integriert. Er diente in den persönlichen Gesprächen mit den Klienten mitunter als eine Möglichkeit, das Gespräch von allzu belastenden Inhalten vorübergehend in eine positivere Richtung zu lenken.

## 2.5 Auswertung der Daten

### 2.5.1 Allgemeine Anmerkungen zur Datenauswertung

Für die statistischen Analysen wurde auf den Datensatz der Basisstudie zurückgegriffen und dieser durch die Katamnesedaten sowie die bisher nicht ausgewerteten SKID-II- und PDS-Daten ergänzt. Als Signifikanzniveau wurde festgesetzt, dass Ergebnisse mit einer

Überschreitungs-Wahrscheinlichkeit von  $p < .05$  als statistisch signifikant gelten. Ergebnisse mit  $.10 \geq p \geq .05$  werden als Tendenz, Trend oder marginale Signifikanz bezeichnet. Statistische Trends werden aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße und der damit verbundenen, niedrigen Teststärke mit angegeben, um möglicherweise praktisch bedeutsame Effekte nicht zu übersehen.

Soll aufgrund der Forschungsfrage nicht die Alternativ-, sondern die Nullhypothese („*Es gibt keinen Unterschied*“) bestätigt werden, werden die Zahlenverhältnisse des Alpha- und Beta-Fehlers umgekehrt, d.h. Alpha wird auf .20 hochgesetzt. Über diese Erhöhung des Alpha-Niveaus erfolgt eine indirekte Reduktion des Beta-Fehlers, so dass das Beta-Fehler-Risiko einer falschen Entscheidung zugunsten der Nullhypothese kleiner ist als bei den konventionellen Signifikanzschranken. Zusätzlich wurde bei Testung auf die Nullhypothese auch das Konfidenzintervall der Differenz daraufhin gesichtet, ob der Wert *Null* (entspricht *keinem* Unterschied) darin enthalten ist.

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), Version 21.0, durchgeführt. Die Effektstärke Cohens *d*, der *Reliable Change Index* und die *Residual Gain Scores* wurden per Hand bzw. unter Zuhilfenahme der Variablenberechnungsfunktion in SPSS ermittelt. Grafiken wurden entweder anhand von SPSS-Outputs oder mit Microsoft Office 2007 erstellt. Für die Manuskripterstellung und Ergebnisdarstellung erfolgte eine Orientierung sowohl an den Richtlinien des *Publication Manuals* der American Psychological Association (2009) als auch an den *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007).

### 2.5.2 Untersuchung der Voraussetzungen für die Anwendung parametrischer statistischer Analyseverfahren

Vor der Durchführung statistischer Analyseverfahren wurde jeweils überprüft, ob die geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. *T*-Tests für unabhängige Stichproben und Varianzanalysen setzen neben intervallskalierten Variablen die Normalverteilung der Daten sowie Varianzhomogenität voraus, wobei sie auf Verletzungen ihrer Voraussetzungen relativ robust reagieren (Bortz, 2005; Bühner & Ziegler, 2009). Für die Überprüfung der Normalverteilungsannahme wurde in der vorliegenden Untersuchung der Shapiro-Wilk-Test eingesetzt, welcher auch für kleinere Stichproben eine relativ gute Teststärke bewiesen hat (Shapiro & Wilk, 1965). Nach Bortz und Lienert (2008) ist die statistische Überprüfung der Voraussetzungen parametrischer Verfahren jedoch oft ein fragwürdiges Unterfangen, da die jeweiligen Überprüfungsverfahren wiederum auf parametrischen Grundlagen basieren und zum Teil auf die Nullhypothese getestet wird. So ist nach Ansicht der Autoren für kleine Stichproben kaum jemals nachzuweisen, dass



sie aus *nicht* normalverteilten Populationen stammen. Aus diesem Grund wurden zusätzlich deskriptive Methoden angewandt, wie die Kontrolle der entsprechenden Histogramme, der Q-Q-Diagramme, der Schiefen und Exzesse der Verteilungen sowie des Vorhandenseins von Ausreißerwerten. Die Überprüfung der Varianzhomogenität wird bei Durchführung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben durch SPSS mit dem Levene-Test durchgeführt, so dass man bei der Ergebnismitteilung die entsprechenden *t*- und *p*-Werte für angenommene Varianzhomogenität oder -inhomogenität angeben kann. Für die Kovarianzanalyse gelten die für die Varianzanalyse geforderten Voraussetzungen, zusätzlich sollen allerdings homogene Steigungen der Regressionen innerhalb der Stichproben vorliegen, wobei es sich auch bei diesem Verfahren um ein ausgesprochen robustes handelt (Bortz, 2005). Für die multiple lineare Regression werden zudem lineare Zusammenhänge, fehlende Multikollinearität, fehlende Autokorrelation sowie Normalverteilung und Homoskedastizität der Residuen gefordert (Bühner & Ziegler, 2009). Lineare Zusammenhänge wurden anhand der Streudiagramme überprüft, fehlende Multikollinearität mittels der Kollinearitätsdiagnose von SPSS und fehlende Autokorrelation mit dem Durbin-Watson-Koeffizienten. Normalverteilung und Homoskedastizität der Residuen wurden mittels der oben beschriebenen Methoden zur Normalverteilungsüberprüfung sowie der Residuenstreudiagramme beurteilt.

Liegen Messwiederholungen und somit abhängige Stichproben vor, werden für den *t*-Test für abhängige Stichproben bei  $n < 30$  normalverteilte Differenzen gefordert, was mit oben beschriebenen Methoden überprüft werden kann. Auch dieser Test reagiert allerdings auf Voraussetzungsverletzungen relativ robust (Bortz, 2005). Des Weiteren soll die erste Messwertreihe mit der zweiten positiv und möglichst stark korrelieren, da der Test ansonsten an Teststärke verliert (ebenda). Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung stellt eine Erweiterung des *t*-Tests für abhängige Stichproben dar. Es sollten hierbei die Varianzen unter den einzelnen Faktorstufen und die Korrelationen zwischen den Faktorstufen homogen sein. Diese sogenannte Sphärizitätsannahme wird mittels Mauchly-Test überprüft, welcher in SPSS automatisch durchgeführt wird. Liegt Sphärizität mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vor, sollten die Freiheitsgrade korrigiert werden, um eine progressive Entscheidung des Hypothesentests zu vermeiden (Bühner & Ziegler, 2009).

Da bei fehlenden Voraussetzungen für ein parametrisches Verfahren innerhalb eines Datensatzes in der Regel davon auszugehen ist, dass der parametrische Test nicht nur unangemessen ist, sondern auch eine geringere Teststärke besitzt als der verteilungsfreie Test (Bortz & Lienert, 2008), wurden bei wahrscheinlichem Nicht-Vorliegen einer Normalverteilung zusätzlich zum *t*-Test noch nonparametrische Verfahren

(Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-*U*-Test) eingesetzt und die Ergebnisse verglichen. Ergaben sich Unterschiede zwischen den Verfahren, wurde dies im Rahmen der Ergebnisdarstellung mitgeteilt.

### 2.5.3 Umgang mit fehlenden Werten

Bei fehlenden Werten ist zu unterscheiden, ob ganze Fragebögen bzw. Interviews, Skalen oder nur einzelne Items fehlen. Beim Fehlen kompletter Fragebögen oder Interviews wurden die jeweiligen Personen von der Analyse ausgeschlossen, so dass sich die Stichprobengröße entsprechend reduzierte. Dies war für eine Person beim DIA-X-Interview (Baseline) und für zwei Personen beim IKT-13 (Katamnese) der Fall. Die PDS wurde von einer Person aufgrund fehlender traumatischer Ereignisse in der Vorgeschichte zu keinem der Messzeitpunkte ausgefüllt. Fehlend war dieser Fragebogen außerdem zum Baseline-Zeitpunkt für zwei Personen, zur Pretreatment-Erhebung für drei Personen und zur Posttreatment-Erhebung für zwölf Personen. Der PPR-Fragebogen war nur einmal zum Pretreatment-Zeitpunkt fehlend. Des Weiteren fehlte zur Baseline-Messung ein SKID-II-Fragebogen. Der Nachbefragungsbogen war ebenfalls für eine Person komplett fehlend, eine weitere machte keine Angaben zu ihren Abbruchgründen. Die gesamte Posttreatment-Erhebung fehlte für sieben Teilnehmer, die jedoch die Therapie erfolgreich durchgeführt hatten. Deshalb wurden die Werte der jeweils letzten Messung (zweite bzw. dritte Prozessmessung) als ihre Posttreatmentdaten eingesetzt.

Einzelne Itemwerte fehlten sehr selten, da bei Empfang der Fragebögen die jeweilige Diagnostikerin die Daten umgehend auf Vollständigkeit überprüfte und, falls erforderlich, zusammen mit dem Patienten ergänzte. Im SCL-90-R-Handbuch ist für die Berechnung des *GSI* und der Subskalenwerte vorgesehen, dass man den Summenwert nur durch die Anzahl *beantworteter* Items teilt, was entsprechend dieser Anweisung so durchgeführt wurde. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass nicht übermäßig viele Items unbeantwortet blieben (Franke, 2002). Zum Posttreatment-Zeitpunkt hatte eine Probandin eine komplette Seite übersehen, so dass der gesamte Fragebogen aufgrund zu vieler fehlender Werte (34 Items) von der Auswertung ausgeschlossen wurde. In den PPR-Bögen fehlte nur ein einziges Mal ein einzelner Itemwert, welcher mit dem in SPSS verfügbaren *Expectation-Maximization-Algorithmus* (EM) für die entsprechende Skala extrapoliert wurde. Auch im Nachbefragungsbogen gab es nur sehr vereinzelt fehlende Werte, die sich jedoch zumeist auf Einzelfragen bezogen, so dass eine nachträgliche Ergänzung durch einen Mittelwert oder eine Extrapolation durch die EM-Methode nicht sinnvoll oder unmöglich war. Die entsprechenden Fälle wurden aus der Analyse der jeweiligen Items ausgeschlossen, da ein sogenannter *fallweiser Fallausschluss*

akzeptabel und für explorative Analysen durchaus geeignet ist, wenn nur wenige Fälle ausgeschlossen werden müssen (Lüdtke, Robitzsch, Trautwein & Köller, 2007).

## 2.5.4 Statistische Auswertung der Hypothesen und explorativen Forschungsfragen

### 2.5.4.1 Verfahren zur Analyse von Unterschieden in der zentralen Tendenz

Für den Vergleich der Mittelwerte einer Stichprobe zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten wurde der *t*-Test für abhängige Stichproben bzw., für einen Rangfolgenvergleich, dessen nonparametrisches Pendant, der Wilcoxon-Test, verwendet. Dies betrifft die Hypothesen zum Symptomverlauf der primären, sekundären und tertiären Outcome-Variablen zwischen Pretreatment und Katamnese sowie zwischen Posttreatment und Katamnese (Hypothesen 1.1. bis 1.3., 1.5., 2.1. bis 2.3., 3.1. bis 3.6.). Die Symptomentwicklung über alle drei Messzeitpunkte hinweg wurde mit dem *Allgemeinen Linearen Modell (ALM) mit Messwiederholung* ermittelt. Für den Vergleich des Therapieerfolgs zwischen den beiden Gruppen der Therapie-Completer und der Dropouts kam eine Kovarianzanalyse (*ALM – Univariate*) mit dem Pretreatment-Wert als Kovariate zum Einsatz (Hypothese 1.4.). Da die Dropoutstichprobe sehr klein ist und deshalb die Anwendung dieses Verfahrens eventuell als kritisch anzusehen ist, wurde diese Form der Analyse nur für die am meisten interessierende, primäre Ergebnisvariable (KT) eingesetzt – mit entsprechender Vorsicht bei der Interpretation und Ergebnisbestätigung mittels weiterer Indikatoren.

Zum Vergleich der Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben, also beispielsweise für die ersten Gruppenvergleiche (Abschnitt 3.2), kam der *t*-Test für unabhängige Stichproben und, wo angezeigt, dessen verteilungsfreie Alternative, der Mann-Whitney-*U*-Test, zum Einsatz. Auch beim Vergleich von Respondern und Non-Respondern, sowie von Completern und Dropouts im Rahmen der Auswertung des Nachbefragungsbogens, wurden diese Verfahren angewandt.

Wenn Häufigkeitsunterschiede im Auftreten bestimmter Merkmale bzw. Merkmalskombinationen analysiert werden sollen, sind Nominaldatenverfahren indiziert. Je nach Anzahl der untersuchten Merkmale, der Anzahl ihrer Abstufungen sowie der Abhängigkeit oder Unabhängigkeit ihrer Messungen gibt es unterschiedliche Tests, die man vereinfacht als *Chi-Quadrat-Methoden* bezeichnen kann. Die Durchführung dieser Analysemethoden ist zwar an bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich der Größe der erwarteten Häufigkeiten gebunden, sie erweisen sich jedoch gegen diesbezügliche Annahmeverletzungen als relativ robust (Bortz, 2005). Dennoch sollte bei kleinen Stichproben besser der *exakte Test nach Fisher* verwendet werden, was in der

vorliegenden Untersuchung durchgehend so gehandhabt wurde. Es wird deshalb bei den Ergebnissen nicht die Chi<sup>2</sup>-Statistik, sondern die entsprechende standardisierte Statistik berichtet.

#### 2.5.4.2 Verfahren zur Analyse von Zusammenhängen

Um das Ausmaß des Zusammenhanges zwischen verschiedenen Variablen zu ermitteln, setzt man korrelative Verfahren ein. Für parametrische Daten ist dies die *Pearson Produkt-Moment-Korrelation*, für ordinalskalierte Variablen (oder intervallskalierte mit fehlender Normalverteilung) die *Spearman-Rangkorrelation*.

Korrelative Analysen kamen bei der Auswertung des Nachbefragungsbogens zur Anwendung, wenn möglicherweise bedeutsame Zusammenhänge mit dem Trauer-Outcome explorativ aufgedeckt werden sollten. Auch zum Auffinden aussagekräftiger Prädiktoren für die Vorhersage des Therapieerfolgs wurden zunächst Korrelationen berechnet. Zur Bestimmung der Vorhersagemodelle wurden dann multiple lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Als Kriteriumsvariablen wurden hierbei *Residual Gain Scores* (RGSs) verwendet. RGSs haben gegenüber einfacher Prä-Post-Differenzen (*Raw Gain Scores*) den Vorteil, dass sie nicht nur den Ausgangswert mit einbeziehen, sondern auch die erwartete individuelle Veränderung, berechnet aus der Korrelation der Prä- und Postwerte der gesamten Stichprobe, und somit einer regressionsanalytischen Schätzung entsprechen. Es ist zudem allgemein anerkannt, dass sie eine höhere Reliabilität besitzen als die Raw Gain Scores, da sie weniger messfehlerbehaftet sind. Zur Berechnung der RGSs werden zunächst die Prä- und Postwerte z-standardisiert. Dann wird die Korrelation zwischen den Prä- und Postwerten innerhalb der Stichprobe berechnet und der standardisierte Präwert damit multipliziert. Dieser wird anschließend vom standardisierten Postwert subtrahiert (Steketee & Chambless, 1992). Somit entspricht der RGS dem Unterschied zwischen dem tatsächlichen und dem vorhergesagten Postwert. Da der Therapieerfolg bei klinischen Symptomen im Erzielen möglichst kleiner tatsächlicher Postwerte besteht, ist ein RGS mit negativem Vorzeichen als positiv zu bewerten, da er den geschätzten Wert unterschreitet. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es bisher nur wenige Veröffentlichungen zu Prädiktoren des Therapieerfolgs von Trauertherapien, weshalb die Entscheidung getroffen wurde, für die vorliegende Untersuchung die Prädiktorenermittlung explorativ, und nicht hypothesengeleitet durchzuführen. Dies geschah mittels der *Stepwise*-Methode, und das jeweils beste daraus resultierende Modell wird berichtet. Die Ein- bzw. Ausschluss-Signifikanzgrenzen wurden relativ großzügig auf  $\leq .10$  bzw.  $\geq .15$  gesetzt. Die schrittweise Methode ist nicht so sehr zur Hypothesenüberprüfung, als vielmehr zur

Hypothesenerkundung geeignet, da die Prädiktorenauswahl nicht auf theoretischen Annahmen beruht, sondern sozusagen dem Statistikprogramm überlassen wird. Der Nachteil ist, dass die Ergebnisse oftmals dem Zufall unterliegen (Bortz, 2005) und stark stichprobenabhängig sind (Bühner & Ziegler, 2009) und deshalb möglichst anhand einer neu erhobenen Stichprobe kreuzvalidiert werden sollten. Dennoch liefert diese Selektionsmethode gerade für kleinere Stichproben vergleichbar gute Ergebnisse bzw. sogar geringere Vorhersagefehler als die Anwendung des Akaike-Informationskriteriums (Spilke & Mielenz, undatiert).

#### 2.5.4.3 Effektstärkenberechnung

Aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Stichprobengröße kann die statistische Signifikanz nicht als einziger Gradmesser des Aussagegehaltes hypothesenprüfender Untersuchungen angesehen werden. Deshalb sollten die Ergebnisse nicht nur gegen den Zufall abgesichert sein, sondern auch auf ihre praktische Bedeutsamkeit hin geprüft werden (Bortz & Döring, 2006). Für die vorliegende Untersuchung wurden deshalb Effektstärken nach den Angaben von Cohen (1988) berechnet. Für Stichproben, die einer Messwiederholung unterzogen wurden, wurde *Cohens d* berechnet, indem die Mittelwertsdifferenz der beiden Messzeitpunkte durch die *gepoolte* Standardabweichung dividiert wurde (*Within-Group-Effektstärke*). Die gepoolte oder zusammengefasste Standardabweichung (*SD*) wird folgendermaßen berechnet:  $\sqrt{[SD(1)^2 + SD(2)^2] : 2}$ . Bortz und Döring (2006) erwähnen auch andere Möglichkeiten der Berechnung von *Cohens d* für abhängige Stichproben, beispielsweise die Division des Mittelwerts-Unterschiedes durch dessen Standardabweichung, was jedoch bei hohen Korrelationen zwischen den Messwertreihen zu einer Aufwertung von *d* führt. Da oftmals hohe Korrelationen zwischen den Messzeitpunkten in den vorliegenden Daten festgestellt wurden, und außerdem die in anderen Studien zugrundegelegte Berechnungsform meist der Division durch die gepoolte Standardabweichung entspricht, wurde diese auch für die vorliegende Untersuchung verwendet, um Vergleiche zu erleichtern. Ein *Cohens d* von 0.20 gilt hierbei als kleine, ein *d* = 0.50 als mittlere und ein *d* = 0.80 als große Effektstärke.

Bei der Analyse des Zusammenhanges zweier Merkmale kann direkt der Korrelationskoeffizient als Effektstärkemaß herangezogen werden. Hier gilt folgende Effektstärkenkonvention: *r* = .10 wird als klein, *r* = .30 als mittel und *r* = .50 als groß betrachtet (Bortz & Döring, 2006). Dieselben Richtwerte gelten auch für den Vierfelder-Kontingenzkoeffizienten *Phi*. Um im Rahmen einer Regressionsanalyse den Anteil der durch die Prädiktoren erklärten Varianz an der Gesamtvarianz der Kriteriumsvariablen

anzugeben und zu beurteilen, wird der Determinationskoeffizient  $R^2$  (quadrierter multipler Korrelationskoeffizient  $R$ ) verwendet. Seine Größe wird laut Konvention bei einem Wert von  $R^2 = .02$  als kleiner, bei  $R^2 = .13$  als mittlerer und bei  $R^2 = .26$  als starker Effekt bezeichnet (Bühner & Ziegler, 2009).

Als varianzanalytische Effektgröße gilt das sogenannte (partielle)  $\eta^2$ , welches, mit *Hundert* multipliziert, den Anteil der durch den jeweiligen Faktor aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen angibt. Man geht bei  $\eta^2 > .001$  von einem kleinen, bei  $> .06$  von einem mittleren und bei  $> .14$  von einem großen Effekt aus (Bühner & Ziegler, 2009).

#### 2.5.4.4 Ermittlung der klinischen Signifikanz

Da bei der Effektstärkenberechnung individuelle Unterschiede herausgemittelt werden, ist es darüber hinaus wünschenswert, Angaben zur klinischen Signifikanz auf Einzelfallebene zu betrachten (z.B. Anteil erfolgreich behandelter oder remittierter Patienten). Jacobson und Truax (1991; siehe auch Campbell, 2005) nennen zwei Aspekte für klinische Signifikanz: Rückkehr zum normalen Funktionieren (Cutoff-Werte für klinisch signifikante Verbesserung) und statistisch reliables Ausmaß an Veränderung (nicht zufalls- oder messfehlerbedingt; *Reliable Change Index*, RCI). Zum ersten dieser zwei Aspekte werden drei mögliche Methoden oder Ansätze genannt, wobei für zwei davon Werte von gesunden Normstichproben vorliegen müssen. Da dies für das primäre Outcome-Maß (IKT-13) jedoch nicht der Fall ist, wurde auf die dritte Möglichkeit zurückgegriffen, welche als Kriterium zum Erreichen einer klinisch signifikanten Verbesserung verlangt, dass der Wert einer Person in positiver Richtung zwei Standardabweichungen außerhalb des Mittelwerts der dysfunktionalen Stichprobe liegt. Für die vorliegende Untersuchung heißt dies: Wenn bei einer Person eine klinisch signifikante Verbesserung seit Therapiebeginn vorliegen soll, muss ihre Trauer-Symptomatik zum Posttreatment- bzw. zum Katamnesezeitpunkt um mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Pretreatment-Verteilung liegen.

Die ursprüngliche Formel zur Berechnung des RCI nach Christensen und Mendoza (1986) beinhaltet die Test-Retest-Reliabilität des eingesetzten Diagnostikverfahrens. Da diese für das IKT-13 noch nicht vorliegt, und da Martinovich, Saunders und Howard (1996) ohnehin die interne Konsistenz als Reliabilitätsmaß für besser geeignet erachten, wurde in der vorliegenden Untersuchung Cronbachs Alpha verwendet. Zur Berechnung des RCI wird die Prä-Post-Differenz einer Person durch den Standardfehler dieser Differenz dividiert und somit standardisiert. Wird ein Alpha-Fehler-Risiko von 5% angenommen, muss der RCI einen Absolutbetrag von  $> 1.96$  aufweisen, um von einer statistisch reliablen Veränderung zwischen den beiden Werten auszugehen. Durch

Umformung der RCI-Formel wird die für eine reliable Veränderung kritische Minstdifferenz ( $D_{\text{krit}}$ ) zweier Messwerte anhand folgender Gleichung berechnet:

$$D_{\text{krit}} (\alpha = .05) = 1.96 * \sqrt{2 * (SD_{\text{prä}} * \sqrt{1 - r})^2}$$

mit  $SD_{\text{prä}}$  = Standardabweichung Pretreatment und  $r$  = Reliabilität

Bei einer Standardabweichung von 6.02 und einer Reliabilität (Cronbachs Alpha) von .637 ergibt sich für die kritische Differenz ein Wert von 10.05. Da diese überschritten werden muss, um von einer reliablen Verbesserung zu sprechen, gilt für die vorliegende Untersuchung eine Reduktion der Trauersymptomatik um mindestens 11 Punkte im IKT-13 als statistisch reliable Verbesserung eines Patienten. Patienten, die beide Kriterien nach Jacobson und Truax (1991) erfüllen, gelten als klinisch signifikant gebessert und werden in der vorliegenden Arbeit als Responder bezeichnet.

Für eine genauere Betrachtung der Veränderungen, die hinsichtlich der klinischen Signifikanz zwischen Posttreatment und Follow-Up stattgefunden haben, eignet sich die Einteilung der Patienten in vier Kategorien, wie sie auch von Piper, Ogrodniczuk, Joyce und Weideman (2009) im Rahmen ihrer Follow-Up-Studie zur Gruppenpsychotherapie bei komplizierter Trauer vorgenommen wurde: *maintenance* (Aufrechterhaltung), *delayed recovery* (verzögerte Genesung), *relapse* (Rückfall) und *nonrecovery* (keine Genesung). Die absoluten und relativen Häufigkeiten, mit denen die Probanden in den einzelnen Kategorien vertreten sind, wurden deshalb auch für die vorliegende Stichprobe ermittelt.

#### 2.5.4.5 Nachbefragungsbogen

Der Nachbefragungsbogen wurde in erster Linie deskriptiv ausgewertet. Es wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Maße der zentralen Tendenz und Dispersion der Antworten ermittelt und zur Veranschaulichung Tabellen und Grafiken erstellt. Explorativ wurden auch Unterschiede in den Angaben von Therapie-Completern und Dropouts sowie von Respondern und Non-Respondern untersucht. Des Weiteren wurden Zusammenhänge zwischen Angaben im Nachbefragungsbogen und dem Trauer-Outcome exploriert.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Überprüfung der Normalverteilung

Zunächst wurde die Normalverteilungsvoraussetzung für die Durchführung parametrischer Analyseverfahren anhand der in Abschnitt 2.5.2 beschriebenen Methoden überprüft. Es wurden die Verteilungen des Alters, des Zeitabstandes zum Verlust und der SKID-II-Fragebogenscores zum Baseline-Zeitpunkt untersucht. Außerdem wurden die klinischen Variablen *komplizierte Trauer*, *allgemeine psychopathologische Belastung* (einschließlich dreier Subskalen) und *posttraumatische Belastung* überprüft, und zwar jeweils zu den vier Messzeitpunkten *Baseline*, *Pretreatment*, *Posttreatment* und *Follow-Up*. Schließlich erfolgte diese Untersuchung auch für die Verteilung des posttraumatischen Wachstums und dessen fünf Subskalen. Die Variablen wurden jeweils für die ITT-, die Completer- und die Dropout-Stichproben analysiert. Da für abhängige *t*-Tests die Normalverteilung der Differenzwerte zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten gefordert wird, wurden auch diese bezüglich der relevanten Variablen untersucht. Schließlich wurde auch ein Blick auf die Verteilungen der Residual Gain Scores geworfen, welche im Rahmen der Regressionsanalysen als Kriteriumsvariablen eingesetzt werden. Aus der Anwendung aller in Abschnitt 2.5.2 angegebenen Prüfkriterien ergaben sich deutliche Abweichungen von der Normalverteilungsannahme nur für folgende Variablen:

- Zeitabstand zum Verlust (Baseline)
- Anzahl ambulanter Psychotherapie-Sitzungen im Katamneseintervall

Für manche Daten kann keine eindeutige Aussage gemacht werden, weil sie zwar nicht extrem von der Normalverteilung abweichen, diese aber dennoch aus verschiedenen Gründen als fraglich anzusehen ist. Um welche es sich dabei handelt und was jeweils als kritisch zu erachten ist, wird nachfolgend beschrieben:

- Komplizierte Trauer (Baseline und Pretreatment): Ein Ausreißerwert mit besonders niedrigem Score. Die Differenzwerte sind jedoch weitgehend unauffällig, lediglich der Completer-Differenzwert Post-Katamnese weist drei Ausreißerwerte auf.
- Allgemeine und spezifische psychopathologische Belastung (SCL-90-R: GSI und Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit*): Sowohl bei den Grunddaten als auch bei den Differenzwerten finden sich immer wieder Ausreißerwerte, die Grunddaten weisen linkssteile Verteilungen auf, die Shapiro-Wilk-Tests sind oftmals signifikant.



- Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR): Vor allem einige der Subskalendaten weisen mitunter Ausreißerwerte und signifikante Shapiro-Wilk-Testergebnisse auf.
- Fragebogenscores zu Persönlichkeitsstörungen (SKID-II-Fragebogen): Trotz signifikanter Shapiro-Wilk-Tests sind viele der Verteilungen frei von Ausreißerwerten, auch die Q-Q-Diagramme sowie die Schiefen und Exzesse sind akzeptabel. Für die schizotypische, die histrionische, die narzisstische, die Borderline- und die antisoziale Persönlichkeitsstörung wird jedoch vorsichtshalber nicht mehr von einer Normalverteilung ausgegangen.

Bei *deutlichen* Abweichungen von der Normalverteilungsannahme wurde für die entsprechenden Daten auf die Anwendung parametrischer Analyseverfahren verzichtet. Die Variable *Zeitabstand zum Verlust* wurde für die Aufnahme in die Regressionsanalyse mittels Log-Transformation normalisiert. Bei *fraglicher* Normalverteilungsabweichung wurden die Ergebnisse der parametrischen Verfahren durch zusätzliche Berechnungen mittels verteilungsfreier Verfahren auf ihre Gültigkeit hin überprüft. Abweichende Signifikanz-Ergebnisse werden im Text angegeben.

## 3.2 Erste Vergleiche

### 3.2.1 *Follow-Up-Completer vs. Lost-to-Follow-Up*

Für die Exploration möglicherweise vorliegender bedeutsamer Unterschiede zwischen der Gruppe der Follow-Up-Completer ( $n = 41$ ) und der Lost-to-Follow-Up ( $n = 10$ ) wurden die entsprechenden soziodemographischen, verlustspezifischen und klinischen Baseline-Variablen, wie sie in den Tabellen 6 bis 9 (Abschnitt 2.3.2) aufgeführt sind, näher untersucht. Die klinischen Variablen wurden auch hinsichtlich ihrer Ausprägung zum Pre- und Posttreatment-Zeitpunkt mit in die Analyse einbezogen. Je nach Skalenniveau und Vorliegen einer Normalverteilung wurden hierfür  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney- $U$ -Tests oder Chi-Quadrat-Tests (*exakter Test nach Fisher*) verwendet. Zusätzlich wurden auch Unterschiede im Behandlungsstatus (Therapie-Completer vs. Dropouts) exploriert. Gruppenunterschiede können neben dem Auffinden möglicher Selektionseffekte, die zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen können, auch Hinweise darauf liefern, welche Probanden eher dazu geneigt sind, die Teilnahme an einer Nachbefragung abzulehnen.

Signifikante Unterschiede wurden hinsichtlich des Alters, des Familienstandes, des Behandlungsstatus sowie in der posttraumatischen Belastung und Somatisierungstendenz zum Pretreatment-Zeitpunkt gefunden (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11

*Signifikante Unterschiede zwischen Follow-Up-Completern und Lost-to-Follow-Up*

	Follow-Up-Completer ( $n_1 = 41$ )	Lost-to-Follow-Up ( $n_2 = 10$ )			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Alter</b> (in Jahren)	44.93 (13.43)	58.20 (15.99)	-2.71	49	.009**
<b>SCL-90-R</b> (Pretreatment)					
– <b>Somatisierung</b> <sup>a)</sup>	1.23 (0.87)	0.58 (0.29)	-3.75 <sup>c)</sup>	34.81 <sup>c)</sup>	.001**
<b>PDS</b> (Pretreatment) <sup>b)</sup>	28.60 (11.13)	17.88 (11.74)	-2.44	41	.019*
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>z</i>		<i>p</i>
<b>Familienstand:</b>					
- verwitwet	5 (12%)	5 (50%)	-2.67		.017*
<b>Behandlungsstatus:</b>					
- Dropouts	8 (20%)	6 (60%)	2.55		.018*

Anmerkungen. *t* bezeichnet die Prüfgröße des *t*-Tests für unabhängige Stichproben, *z* bezeichnet die standardisierte Statistik für den *exakten Test nach Fisher*, *p* bezeichnet die exakte, zweiseitige Signifikanz, SCL-90-R = Symptomcheckliste-90-Revidiert, PDS = Posttraumatische Diagnoseskala

<sup>a)</sup>  $n_1 = 40$ ,  $n_2 = 8$ , <sup>b)</sup>  $n_1 = 35$ ,  $n_2 = 8$ , <sup>c)</sup> Varianzungleichheit angenommen

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Die Katamnese-Teilnehmer waren mit durchschnittlich 45 Jahren deutlich jünger als die Lost-to-Follow-Up mit durchschnittlich 58 Jahren. Möglicherweise ist es gerade für ältere Personen beschwerlicher, sich nach eineinhalb Jahren noch einmal einer diagnostischen Untersuchung zu unterziehen. Auch im Familienstand zeigten sich signifikante Unterschiede: Bei näherer Betrachtung der einzelnen Kategorien war zu erkennen, dass sich in der Gruppe der Lost-to-Follow-Up ein signifikant höherer Anteil an verwitweten Personen befand als in der Follow-Up-Completergruppe. In den übrigen Familienstandskategorien unterschieden sich die beiden Gruppen nicht bedeutsam. Des Weiteren war der Anteil der Therapie-Completer an den Katamnese-Teilnehmern signifikant höher als jener der Dropouts: An der Katamnese nahmen 89% der Therapie-Completer im Vergleich zu nur 57% der Dropouts teil. 60% der Lost-to-Follow-Up waren entweder frühe Dropouts (40%) oder Therapie-Dropouts (20%), nur 40% waren Therapie-Completer. Diese Tatsache ist jedoch nicht verwunderlich, da die meisten Dropouts bereits zum Zeitpunkt ihres Abbruchs mit der Studienteilnahme innerlich abgeschlossen hatten und somit nur schwer zu einer Teilnahme an der Nachuntersuchung zu motivieren waren. Umso positiver ist es zu bewerten, dass sich doch mehr als die Hälfte der Dropouts (acht von vierzehn) zur Teilnahme bereit erklärten. Hinsichtlich der klinischen Variablen zeigten

die Lost-to-Follow-Up deutlich geringer ausgeprägte posttraumatische Belastung und Somatisierungstendenz zu Therapiebeginn als die Follow-Up-Completer.

Da sich die Katamnese-Teilnehmer von den Lost-to-Follow-Up nur in den oben genannten Merkmalen, nicht jedoch im primären Outcomemaß *Komplizierte Trauer* unterschieden, können die Ergebnisse weitgehend auf alle Studienteilnehmer generalisiert werden. Dennoch werden bei der Überprüfung der Hypothesen die Lost-to-Follow-Up im Rahmen von Intent-to-treat-Analysen mit einbezogen, um den Therapieerfolg zusätzlich zu den Completer-Analysen auch noch auf konservativere Weise zu schätzen und mögliche Selektionseffekte auszugleichen.

### 3.2.2 Behandlungsgruppe vs. Wartegruppe

Da die Wartegruppen-Teilnehmer (WG;  $n = 27$ ) nach ihrer Wartezeit ebenfalls die Therapie erhalten hatten, konnten sie für die Katamnese-Untersuchung nicht mehr als Vergleichsgruppe dienen und wurden für die Ermittlung des längerfristigen Therapieerfolgs mit den Behandlungsgruppen-Teilnehmern (BG;  $n = 24$ ) in eine Gesamtgruppe zusammengeführt. Aus diesem Grund wurde untersucht, ob sich die beiden Gruppen in soziodemographischen und verlustspezifischen Baseline-Merkmalen sowie in klinischen Pretreatment-Variablen unterschieden.

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden mit Chi-Quadrat- bzw.  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben und, bei wahrscheinlichem Abweichen von der Normalverteilung, mit Mann-Whitney- $U$ -Tests auf statistische Signifikanz überprüft. Für die Chi-Quadrat-Tests wurde wieder der *exakte Test nach Fisher* gewählt. Wie Tabelle 12 zeigt, waren Unterschiede lediglich im Alter und in der posttraumatischen Belastung vorhanden: Die BG war mit durchschnittlich 43 Jahren deutlich jünger im Vergleich zur WG mit rund 52 Jahren. Gleichzeitig war die BG hinsichtlich ihrer PTBS- Symptomatik zum Pretreatment-Zeitpunkt marginal signifikant stärker belastet als die WG.

Tabelle 12

(Marginal) Signifikante Unterschiede zwischen Behandlungsgruppe und Wartegruppe

	Behandlungsgruppe ( $n_1 = 24$ )	Wartegruppe ( $n_2 = 27$ )			
	$M (SD)$	$M (SD)$	$t$	$df$	$p$
<b>Alter</b> (in Jahren)	43.00 (13.00)	51.56 (15.22)	-2.15	49	.037*
<b>PDS</b> (Pretreatment) <sup>a)</sup>	29.78 (11.00)	22.95 (12.06)	1.94	41	.059 <sup>+</sup>

Anmerkungen.  $t$  bezeichnet die Prüfgröße des  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben,  $p$  bezeichnet die exakte, zweiseitige Signifikanz, PDS = Posttraumatische Diagnoseskala, <sup>a)</sup>  $n_1 = 23$ ,  $n_2 = 20$

<sup>+</sup>  $p \leq .10$ , \*  $p < .05$

In allen übrigen soziodemographischen, verlustbezogenen, klinischen und Persönlichkeits-Variablen unterschieden sich die beiden Gruppen zum Zeitpunkt des Studieneintritts bzw. zum Zeitpunkt vor Antritt der Therapie nicht signifikant. Über den Studienverlauf hinweg sind sie sowohl in ihrem Dropout-Anteil als auch in der Reduktion ihrer Trauersymptomatik vergleichbar. Auch in ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Katamnese unterscheiden sie sich nicht bedeutsam. Somit erscheint es als legitim, die beiden Gruppen zu einer gemeinsamen Katamnese-Stichprobe zusammenzufassen.

### 3.2.3 Therapie-Completer vs. Dropouts

Da im Rahmen späterer Analysen ein direkter Vergleich zwischen Therapie-Completern und Dropouts hinsichtlich der längerfristigen Trauersymptomentwicklung angestellt werden soll, wurden auch diese beiden Gruppen auf signifikante Unterschiede in den in Tabellen 6 bis 9 (Abschnitt 2.3.2) aufgeführten Variablen überprüft. Wie im Methodenteil bereits beschrieben, handelt es sich bei der Gruppe der Dropouts nicht nur um Personen, die die Therapie vorzeitig abbrachen, sondern auch um diejenigen, die sie aus unterschiedlichen Gründen erst gar nicht antraten oder die viermonatige Wartezeit nicht akzeptieren konnten. Zunächst wurden nur die beiden Teilstichproben betrachtet, die für den späteren Vergleich innerhalb der Follow-Up-Completer relevant sind, also die 33 Therapie+Katamnese-Completer und die fünf Dropouts, die an der Katamnese teilgenommen hatten und sowohl Prä- als auch Katamnese-Trauerdaten aufweisen. Als statistische Verfahren dienten Mann-Whitney-*U*-Tests (wegen der geringen Stichprobengröße der Dropouts) und Chi-Quadrat-Tests (*exakter Test nach Fisher*). Die (marginal) signifikanten Ergebnisse sind in Tabelle 13 angegeben. Wie darin zu sehen ist, unterschieden sich die Dropouts zum Pretreatment-Zeitpunkt lediglich dadurch von den Completern, dass sie eine tendenziell höhere posttraumatische Belastung und mehr depressive Persönlichkeitszüge aufwiesen. Die entsprechenden Stichprobengrößen sind aufgrund fehlender Werte allerdings reduziert.

Schließlich wurden diese beiden Subgruppen auch noch über alle ursprünglichen Studienteilnehmer hinweg näher betrachtet. Wegen der größeren Teilstichproben wurden hier auch *t*-Tests eingesetzt. Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse. Für die Dropouts war der Zeitabstand zum Verlust kürzer und sie hatten tendenziell häufiger Verluste durch Suizid zu betauern. Außerdem wiesen sie bei Studieneintritt eine höhere Trauerbelastung, niedrigeres posttraumatisches Wachstum und mehr kritische Persönlichkeitsmerkmale auf, dies insbesondere bei depressiven, schizoiden und selbstunsicheren Merkmalen. Die Ergebnisse der *t*-Tests konnten auch mit Mann-Whitney-*U*-Tests bestätigt werden, so

dass sich aus Gründen besserer Übersichtlichkeit die Ergebnisdarstellung auf die *t*-Tests bezieht, mit Ausnahme der Variable *Zeitabstand zum Verlust*.

Tabelle 13

(Marginal) Signifikante Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts innerhalb der relevanten Follow-Up-Completer-Stichprobe

	Therapie-Completer	Dropouts		
	<i>Md</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b>PDS</b> (Pretreatment) <sup>a)</sup>	27.00	44.00	-1.77	.080 <sup>+</sup>
<b>SKID-II</b> (Baseline) <sup>b)</sup> :				
<b>Depressive PS</b>	3.00	5.00	-1.74	.088 <sup>+</sup>

Anmerkungen. *z* bezeichnet die standardisierte Prüfgröße für den Mann-Whitney-U-Test, *p* bezeichnet die exakte, zweiseitige Signifikanz, PDS = Posttraumatische Diagnoseskala, SKID-II = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Fragebogenform, PS = Persönlichkeitsstörung

<sup>a)</sup>  $n_1 = 29$ ,  $n_2 = 4$ , <sup>b)</sup>  $n_1 = 32$ ,  $n_2 = 5$ ; <sup>+</sup>  $p \leq .10$

Tabelle 14

(Marginal) Signifikante Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts innerhalb der Gesamtstichprobe (ITT)

	Therapie-Completer ( $n_1 = 37$ )	Dropouts ( $n_2 = 14$ )			
	<i>Md</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>		<i>p</i>
<b>Zeitabstand zum Verlust</b>	3.00	1.25	-1.98		.048*
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>z</i>		<i>p</i>
<b>Verlust durch Suizid</b>	4 (11%)	5 (36%)	-2.06		.093 <sup>+</sup>
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>KT</b> (Baseline)	40.95 (4.98)	44.57 (5.72)	2.23	49	.031*
<b>PPR</b> (Baseline):					
Gesamtwert	44.16 (15.04)	29.07 (13.21)	-3.30	49	.002**
<b>SKID-II</b> (Baseline) <sup>a)</sup> :					
- Depressive PS	3.17 (1.83)	4.57 (2.44)	2.22	48	.031*
- Schizoide PS	1.75 (1.44)	2.71 (1.44)	2.13	48	.039*
- Selbstunsichere PS	2.83 (2.27)	4.21 (2.55)	1.87	48	.068 <sup>+</sup>
- Cutoffs gesamt	3.17 (2.38)	4.64 (2.59)	1.92	48	.061 <sup>+</sup>

Anmerkungen. *t* bezeichnet die Prüfgröße für den *t*-Test für unabhängige Stichproben, *z* bezeichnet die Prüfgröße des Mann-Whitney-U-Tests und des Chi<sup>2</sup>-Tests, *p* bezeichnet die exakte, zweiseitige Signifikanz, KT = komplizierte Trauer, PPR = Posttraumatische Persönliche Reifung, SKID-II = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Fragebogenform, PS = Persönlichkeitsstörung, <sup>a)</sup>  $n_1 = 36$ ,  $n_2 = 14$

<sup>+</sup>  $p \leq .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

### 3.3 Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung

#### 3.3.1 Primärkriterium: Komplizierte Trauer

##### 3.3.1.1 Zeitraum Pretreatment bis Katamnese

Die primären Outcome-Maße dieser Untersuchung sind das Vorliegen einer komplizierten Trauer sowie deren Schweregrad. Der Schweregrad wurde zunächst in seiner Veränderung vom Pretreatment- bis zum Follow-Up-Zeitpunkt untersucht. Neben Einzelanalysen der nachuntersuchten Therapie-Completer und Dropouts wurden auch eine Follow-Up-Completer- und eine Intent-to-treat-Analyse (ITT) durchgeführt. Die fehlenden Werte für die ITT-Analyse wurden nach dem Prinzip der *Last-Observation-Carried-Forward*-Auswertungsstrategie (LOCF) ergänzt. Es kam jeweils der *t*-Test für abhängige Stichproben zum Einsatz. Leider befindet sich in der Gruppe der untersuchten Dropouts eine Wartegruppen-Teilnehmerin, die aufgrund ihres frühen Austritts aus der Studie nur eine Predelay-, und keine Pretreatment-Messung mehr aufweist. Außerdem haben zwei von ihnen keinen Trauerwert zum Katamnese-Zeitpunkt. Dadurch reduziert sich die Stichprobengröße der Dropouts für die Analyse des KT-Outcomes von acht auf fünf Personen, die gesamte Follow-Up-Completer-Stichprobe von 41 auf 38 Personen. Da, wie unter Punkt 3.1 berichtet, die Trauerdaten zum Pretreatment-Zeitpunkt einen Ausreißerwert mit besonders niedrigem Score beinhalten, und außerdem die Dropout-Gruppe besonders klein ist, wurden die *t*-Test-Ergebnisse nochmals mittels Wilcoxon-Tests überprüft, um mögliche Ergebnisverzerrungen auszuschließen. Für die Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit der Ergebnisse wurden Effektstärken berechnet (*Cohens d* für Messwiederholungen).

Wie Tabelle 15 zu entnehmen ist, wurden sowohl die Completer-Analysen als auch die Intent-to-treat-Analyse hochsignifikant: Die Trauersymptomatik reduzierte sich vom Pretreatment- bis zum Katamnese-Zeitpunkt statistisch bedeutsam. Dies konnte auch mit dem Wilcoxon-Test bestätigt werden. Die zugehörigen Effektstärken sind sehr groß, so dass auch die praktische Bedeutsamkeit der Symptomverbesserung gegeben ist. Bei den Dropouts kann nicht von einer Stabilität der Trauersymptomatik ausgegangen werden, der Test auf die Nullhypothese wurde mit einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von  $p = .144$  bei dem nach oben gesetzten Alpha-Niveau von .20 signifikant. Es ergab sich für sie ein mittlerer Effekt von  $d = 0.51$  in Richtung Symptomverbesserung, der aber, vermutlich aufgrund der geringen Stichprobengröße, auf dem 5%-Alpha-Niveau statistisch nicht abgesichert werden konnte. Mit dem Wilcoxon-Test konnte diese Signifikanzschranke ebenfalls nicht unterschritten werden ( $z = -1.84$ ,  $p = .125$ ), eine

Stabilität der Symptomatik ist jedoch auch hier als fraglich zu bewerten. Ebenso lässt die Betrachtung des Konfidenzintervalls der mittleren Differenz keine eindeutige Schlussfolgerung zu, da sowohl der Differenzwert *Null* („keine Veränderung“) als auch eine statistisch reliable Verbesserung auf Einzelfallebene (mindestens 11 Punkte; siehe S. 103) darin enthalten sind (95 % CI = [-2.99 - 14.19]). Angesichts dieser Ergebnisse können die Hypothesen 1.1. und 1.3. als bestätigt angesehen werden, während dies für Hypothese 1.2. nicht eindeutig genug der Fall ist.

Tabelle 15

*Ergebnisse des Pretreatment-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Trauerschwere*

	<i>n</i>	Pretreatment	Katamnese	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )				
Therapie-C	33	40.48 (5.76)	24.15 (8.69)	12.02	32	<.001***	2.22
Dropouts	5	42.80 (7.05)	37.20 (13.52)	1.81	4	.144 <sup>#</sup>	0.51
Follow-up-C	38	40.79 (5.89)	25.87 (10.25)	10.88	37	<.001***	1.78
ITT-Analyse	51	41.65 (6.16)	29.75 (12.14)	8.70	50	<.001***	1.24

*Anmerkungen.* *t* bezeichnet die Prüfgröße für den *t*-Test für abhängige Stichproben, *p* bezeichnet die zweiseitige Signifikanz, C = Completer. Für die Analyse der Gruppe der Dropouts wurde aufgrund der Testung auf die Nullhypothese ein  $\alpha$ -Niveau von .20 zugrunde gelegt.

\*\*\*  $p < .001$ , <sup>#</sup>  $p < .20$

Die Ergebnisse des Pretreatment-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Trauersymptomentwicklung sollen anhand einer Gegenüberstellung von Therapie-Completern und Dropouts mittels Boxplots und Fehlerbalkendiagramm näher veranschaulicht werden (Abbildungen 6 und 7). Man kann an den Boxplots sehen, dass sich bei den Dropouts der Medianwert von 42 auf 41 Punkte nur wenig nach unten verschoben hat, zum Katamnese-Zeitpunkt allerdings eine deutlich größere Streuung, vor allem im unteren Wertebereich, vorliegt. Auch die Therapie-Completer-Gruppe weist bei der Katamnese eine größere Streuung auf, der Unterschied in den Medianen (42 vs. 23) ist jedoch deutlich stärker ausgeprägt. Auch in den Fehlerbalkendiagrammen spiegelt sich die deutliche Symptomverbesserung der Completer. Da sich bei der Gruppe der Dropouts hingegen die Intervalle um die beiden Mittelwerte überlappen, kann man unter Berücksichtigung der Standardfehler der Mittelwerte nicht eindeutig davon ausgehen, dass sich der Mittelwert der Katamneseuntersuchung vom Mittelwert der Prämessung tatsächlich unterscheidet. Dies ist allerdings auch durch die geringe Stichprobengröße mit bedingt, die zu einem relativ großen Standardfehler führt.

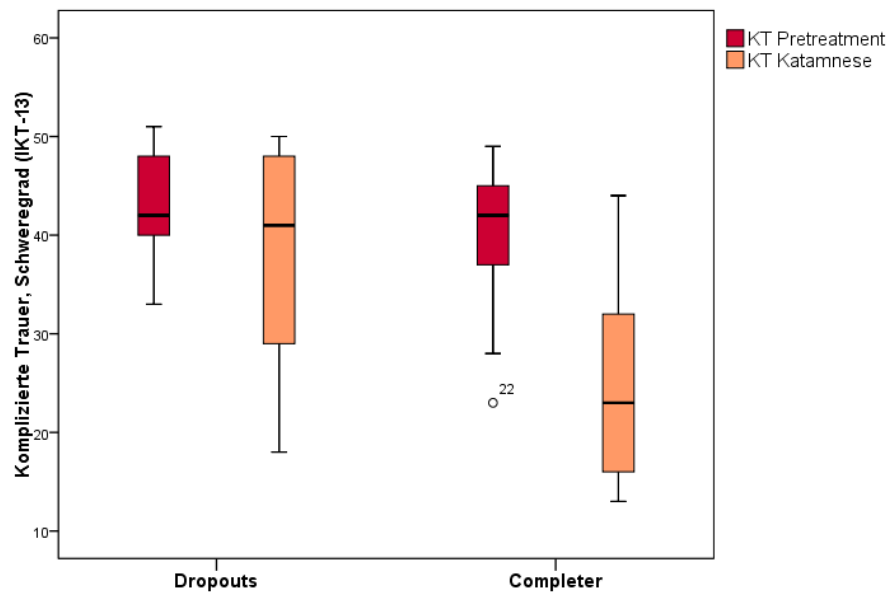


Abbildung 6. Boxplots zur Veranschaulichung der Trauersymptomentwicklung zwischen Pretreatment und Katamnese, getrennt nach Dropouts ( $n = 5$ ) und Therapie-Completern ( $n = 33$ )

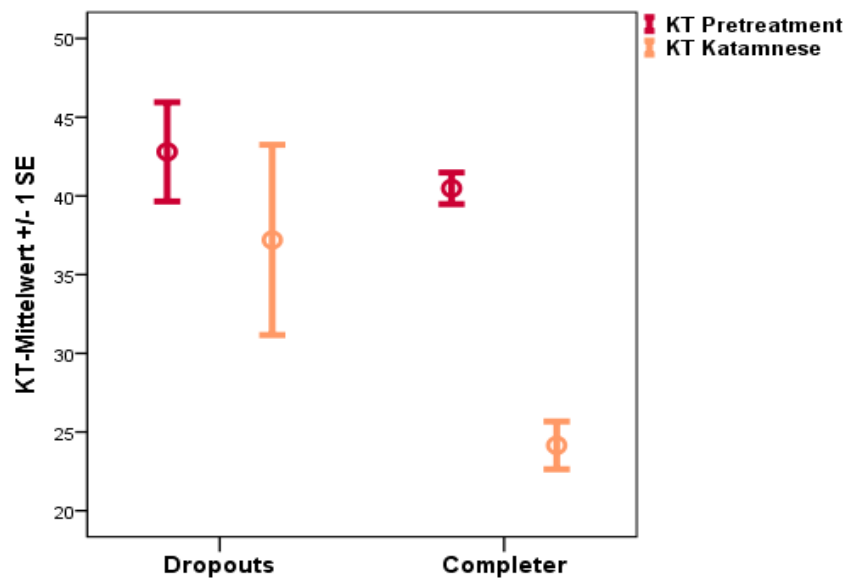


Abbildung 7. Fehlerbalkendiagramm zur Veranschaulichung der Trauersymptomentwicklung mittels Darstellung der mittleren Trauerwerte plus/minus den Standardfehler des Mittelwerts zum Pretreatment- und Katamnese-Zeitpunkt, getrennt nach Dropouts ( $n = 5$ ) und Therapie-Completern ( $n = 33$ )



Trotz der geringen Anzahl an Dropouts und der Tatsache, dass es sich nicht um eine randomisierte Kontrollgruppe handelt, wurde ein direkter Gruppenvergleich zwischen ihnen und den Therapie-Completern mittels einer univariaten Kovarianzanalyse (ANCOVA; ALM) durchgeführt, um einen Eindruck vom Ausmaß der unterschiedlichen Symptomentwicklung zu erhalten. Als abhängige Variable wurde die Trauerschwere zum Katamnese-Zeitpunkt, als Kovariate die Trauerschwere zum Pretreatment-Zeitpunkt in das Modell aufgenommen. Insgesamt erklärt das Modell 45% (bzw. korrigiert 42%) der Varianz in der Katamnese-Trauersymptomatik. Diese Varianzaufklärung durch das Gesamtmodell ist signifikant ( $F(2,35) = 14.44, p < .001$ ). Ebenso sind der Effekt der Kovariate und der Gruppeneffekt signifikant von Null verschieden ( $F(1,35) = 16.72, p < .001$  bzw.  $F(1,35) = 8.43, p = .006$ ). Die Fehlervarianz der abhängigen Variablen ist über die Gruppen hinweg als gleich anzusehen (Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen:  $F(1,36) = .002, p = .967$ ). Der signifikante Gruppeneffekt berechtigt zu der Aussage, dass die mittlere Verbesserung der Trauerschwere zwischen Pretreatment und Follow-Up für die Therapie-Completer signifikant stärker ausgeprägt ist als für die Dropouts. Die zugehörigen Effektstärken sind als groß einzustufen (partielles  $\eta^2 = .19$ , Cohens  $d_{\text{between}} = 1.15$ ). Eine ITT-Analyse über alle 51 randomisierten Studienteilnehmer (14 Dropouts und 37 Completer) bestätigt dies ( $F(1,48) = 22.99, p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .32$ ). Abbildung 8 veranschaulicht die Interaktion bezüglich der Katamnese-Completeranalyse.

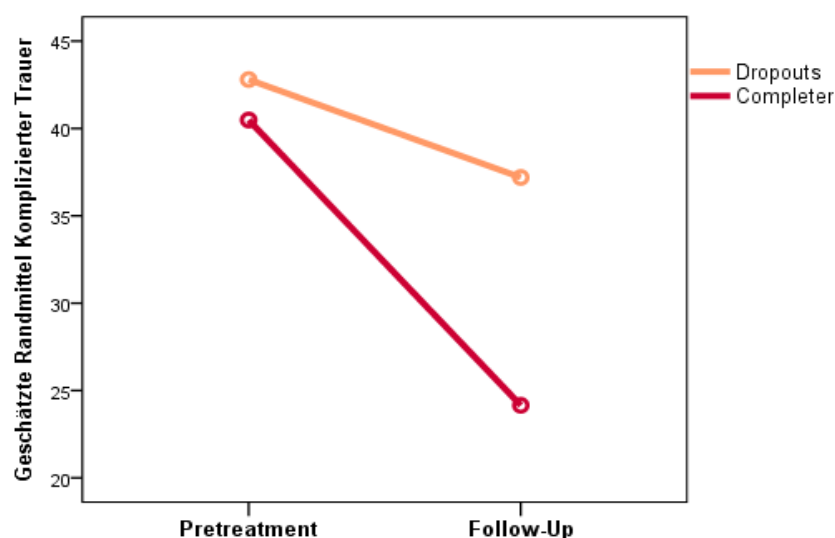


Abbildung 8. Interaktionsdiagramm zur Trauersymptomentwicklung innerhalb der Gruppen der Dropouts ( $n = 5$ ) und der Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 33$ ) vom Pretreatment- zum Follow-Up-Zeitpunkt (erstellt im Rahmen der SPSS-Ausgabe zu einer ANOVA/ALM mit Messwiederholung)

Zur Kontrolle wurden die beiden Variablen, in denen sich die nachuntersuchten Dropouts von den nachuntersuchten Therapie-Completern anfänglich signifikant unterschieden hatten (Posttraumatische Belastung [Pretreatment], Anzahl depressiver Persönlichkeitsanteile; siehe Tab. 13), als weitere Kovariaten in die Kovarianzanalyse einbezogen. Bei wiederum insignifikantem Levene-Test ( $p = .241$ ) unterschritten die beiden zusätzlichen Kovariaten jeweils nicht das Signifikanzniveau, der Gruppeneffekt wies hingegen weiterhin statistische Signifikanz auf ( $F(1,27) = 4.61$ ,  $p = .041$ , partielles  $\text{Eta}^2 = .15$ ). Auch im Rahmen der ITT-Analyse brachte die Hinzufügung der in Tabelle 14 aufgeführten Unterschiedsvariablen zwischen Therapie-Completern und Dropouts innerhalb der Gesamtstichprobe als Kovariaten keine wesentliche Veränderung in den ANCOVA-Ergebnissen ( $F(1,40) = 12.54$ ,  $p = .001$ , partielles  $\text{Eta}^2 = .24$ ), bei wiederum insignifikanten Kovariaten, aber fraglicher Varianzhomogenität (Levene-Test:  $p = .083$ ). Es soll an dieser Stelle jedoch nochmals darauf hingewiesen werden, dass aufgrund des fehlenden experimentellen Designs diese Ergebnisse nicht ausschließlich auf die durchgeführte Therapie zurückgeführt werden können. Dennoch soll Hypothese 1.4. nach Zusammenfassung aller bisherigen Ergebnisse als vorläufig bestätigt angesehen werden, was später jedoch anhand weiterer Indikatoren (Analyse der Remission und klinischen Signifikanz) noch weiter validiert werden sollte.

### 3.3.1.2 Zeitraum Posttreatment bis Katamnese

Von Interesse war weiterhin der Zeitraum zwischen dem Therapieende bzw. dem Dropoutzeitpunkt und der Katamnese. Tabelle 16 zeigt die Symptomentwicklung in diesem Intervall für die Therapie+Katamnese-Completer sowie für die Gesamtstichprobe. Im  $t$ -Test für abhängige Stichproben zeigte sich für beide eine auf dem 5%-Alpha-Niveau signifikante Verbesserung, welche auch mit dem Wilcoxon-Test bestätigt werden konnte.

Tabelle 16

*Ergebnisse des Posttreatment-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Trauerschwere*

		Posttreatment	Katamnese				
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Therapie-Completer	33	27.61 (9.89)	24.15 (8.69)	2.37	32	.024 <sup>#</sup>	0.37
ITT-Analyse (LOCF)	51	32.41 (11.62)	29.75 (12.14)	2.63	50	.011 <sup>#</sup>	0.22

*Anmerkungen.*  $t$  ist die Prüfgröße des  $t$ -Tests für abhängige Stichproben,  $p$  ist die zweiseitige Überschreitungswahrscheinlichkeit. Das  $\alpha$ -Niveau wurde aufgrund der Testung auf die Nullhypothese auf .20 gesetzt. <sup>#</sup> signifikant auf dem hochgesetzten  $\alpha$ -Niveau von .20 (Testung auf die Nullhypothese) und ebenso auf dem allgemeinen  $\alpha$ -Niveau von .05.

Hypothese 1.5. muss somit abgelehnt werden, was in diesem Falle allerdings als positiv zu bewerten ist. Denn es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Trauersymptomatik der Therapie-Completer zwischen der Posttreatment- und der Katamnese-Erhebung nur unverändert stabil blieb, was auch durch das Nicht-enthalten-Sein des Wertes *Null* im 95%-Konfidenzintervall der Differenz ( $CI = [0.49-6.24]$ ) bestätigt wird. Hingegen zeigt der Signifikanzwert an, dass man eher von einer weiteren Verringerung der KT-Symptome während der Follow-Up-Periode auszugehen hat, und zwar im Rahmen einer kleinen bis mittleren Effektstärke. Dass es sich dabei allerdings um ein grenzwertiges Ergebnis handelt, zeigt das nach Bonferroni-Adjustierung nur noch marginal signifikante Ergebnis bei gleichzeitiger Betrachtung des Prä-Post-Zeitraums an (siehe Abbildung 9).

### 3.3.1.3 Prä-Post-Katamnese-Verlauf

Es sollen an dieser Stelle auch noch die Prä-Post-Vergleiche hinsichtlich der Trauersymptomatik kurz aufgeführt werden, analysiert jeweils mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben sowie zusätzlicher Wilcoxon-Tests. Sowohl bei den Therapie-Completern ( $n = 37$ ) und den Therapie+Katamnese-Completern ( $n = 33$ ) als auch bei der ITT-Stichprobe ( $N = 51$ ) reduzierten sich die Symptome signifikant ( $t(36) = 8.29, p < .001$ ,  $t(32) = 8.65, p < .001$  bzw.  $t(50) = 7.12, p < .001$ ; Wilcoxon-Tests: alle  $ps < .001$ ). Die Effektstärken betragen für die Therapie-Completer  $d = 1.48$ , für die Therapie+Katamnese-Completer  $d = 1.59$  und für die ITT-Stichprobe  $d = 0.99$ .

Abbildung 9 soll den Verlauf der Trauersymptomatik über alle drei Messzeitpunkte für die 33 Therapie+Katamnese-Completer veranschaulichen. Dieser wurde anhand einer ANOVA mit Messwiederholung (ALM) auf Signifikanz überprüft. Von Sphärizität kann ausgegangen werden (Mauchly- $W(2) = 0.99, p = .836$ ). Der Faktor Messzeitpunkt erwies sich als hochsignifikant ( $F(2,64) = 71.84, p < .001$ ) und sehr effektstark (partielles  $\eta^2 = .69$ ). Die paarweisen Vergleiche mit Bonferroni-Anpassung zeigten signifikante Symptomverbesserungen zwischen Pre- und Posttreatment sowie zwischen Pretreatment und Follow-Up ( $ps < .001$ ), nur marginale Signifikanz hingegen für den Zeitraum zwischen Posttreatment und Follow-Up ( $p = .072$ ).

Abbildung 10 zeigt diesen Verlauf getrennt nach Therapie+Katamnese-Completern und nachuntersuchten Dropouts. Für die Dropouts wurde der Posttreatment-Wert durch Fortschreiben ihres letzten Messwertes (LOCF-Methode) ermittelt. Ein mit ALM (mit Messwiederholung) durchgeführter Gruppenvergleich ergab, bei angenommener Sphärizität und Varianzhomogenität, einen signifikanten Interaktionseffekt *Zeit x Gruppe* ( $F(2,72) = 4.46, p = .015$ , partielles  $\eta^2 = .11$ ): Die Completer verbesserten sich im

Gesamtzeitraum signifikant mehr als die Dropouts. Dieser Unterschied beruht jedoch überwiegend auf der Symptomentwicklung zwischen Pretreatment und Therapieende bzw. Dropoutzeitpunkt. Im weiteren Verlauf bis zur Katamnese-Erhebung waren dann die Symptomreduktionen für beide Gruppen in statistischer Hinsicht nicht unterscheidbar.

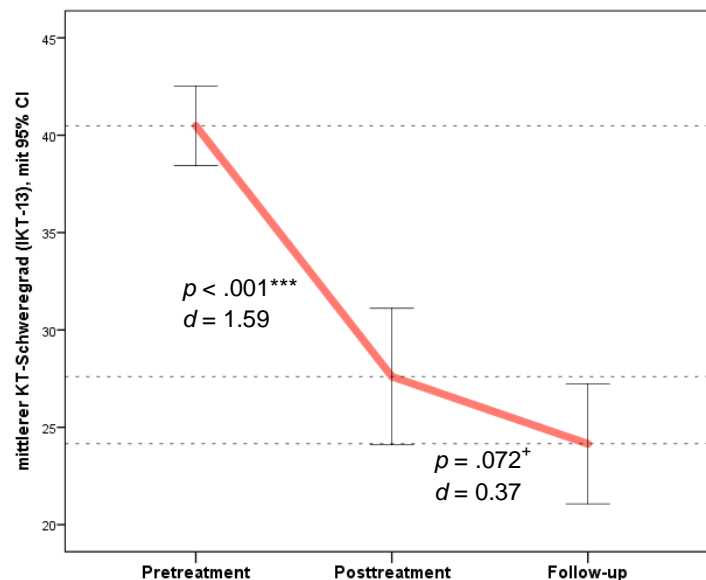


Abbildung 9. Verlauf der Trauersymptomatik (Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervallen) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 33$ ) (Anmerkung: \*\*\*  $p < .001$ , +  $p \leq .10$ ; Bonferroni-adjustiertes  $\alpha$ )

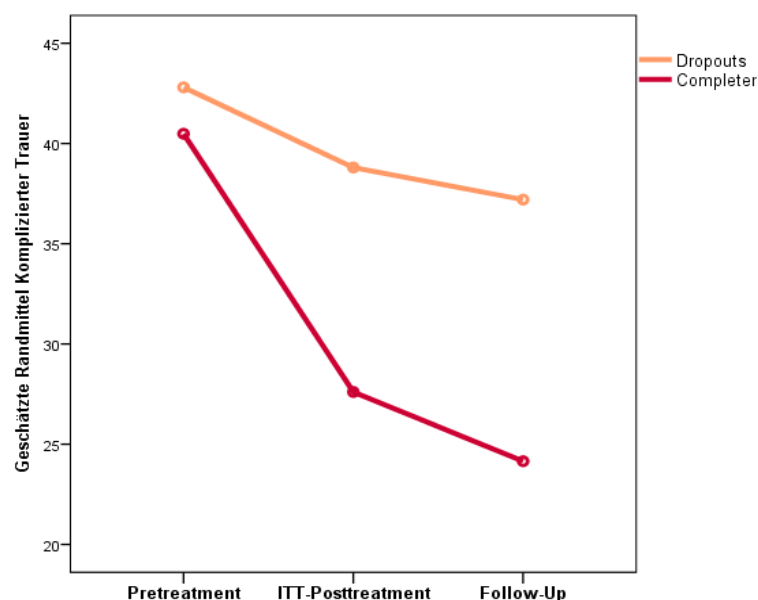


Abbildung 10. Verlauf der Trauersymptomatik über die drei Messzeitpunkte, getrennt nach Therapie+Katamnese-Completern ( $n = 33$ ) und nachuntersuchten Dropouts ( $n = 5$ )

### 3.3.1.4 Remission und klinische Signifikanz

#### 3.3.1.4.1 Remission

Es wurde untersucht, wie viele Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten der Studie die Diagnosekriterien für eine komplizierte Trauer nach Prigerson et al. (2009; siehe Abschnitt 2.4.3.1) nicht bzw. nicht mehr erfüllten. Bereits zum Baseline-Zeitpunkt waren es 7 der 51 Teilnehmer (14%), die die Diagnose allein nach den Prigerson-Kriterien nicht erhalten hätten. Für die Pretreatment-Messung reduziert sich die Stichprobengröße um vier Personen, da drei der WG-Teilnehmer unmittelbar nach der Randomisierung die Studienteilnahme abbrachen und eine WG-Teilnehmerin nach Ende der Wartezeit zwar die Fragebögen noch ausfüllte, das Trauerinterview jedoch nicht mehr durchführen wollte. Der Anteil derjenigen, die die Diagnosekriterien einer komplizierten Trauer zum Pretreatment-Zeitpunkt nicht erfüllten, beträgt 21% ( $n = 10$  von  $N = 47$ ). Das Erlangen einer Remission wurde nur auf Basis derjenigen Personen bestimmt, welche vor Beginn der Therapie auch wirklich anhand der Diagnosekriterien als kompliziert Trauernde einzustufen waren. In Tabelle 17 sind die entsprechenden Werte sowohl für die Katamnese- als auch für die ITT-Stichprobe aufgeführt.

Tabelle 17

*Erfüllung der Diagnosekriterien einer komplizierten Trauer zu drei Messzeitpunkten sowie Erlangen einer Remission (Ablegen der Diagnose)*

	<i>N</i>	Pretreatment	Posttreatment	Follow-Up
<b>Diagnosekriterien erfüllt</b>				
Therapie-Completer	33	24 (73%)	3 (9%)	2 (6%)
Dropouts <sup>a)</sup>	5	5 (100%)	-	3 (60%)
Follow-Up-Completer <sup>b)</sup>	38	29 (76%)	-	5 (13%)
Intent-to-treat	51	41 (80%)	14 (28%)	13 (26%)
<b>Remission<sup>c)</sup></b>				
Therapie-Completer	24	-	21 (88%)	22 (92%)
Dropouts	5	-	-	2 (40%)
Follow-Up-Completer	29	-	-	24 (83%)
Intent-to-treat	41	-	27 (66%)	28 (68%)

*Anmerkungen.* Die Angaben beziehen sich auf die absoluten (in Klammern die relativen) Häufigkeiten. Da die Therapie-Dropouts keine Posttreatment-Werte besitzen, bleiben die entsprechenden Zellen leer.

<sup>a)</sup> Die Dropoutstichprobe reduzierte sich um drei Personen von acht auf fünf, da zwei Personen zur Katamnese- und eine zur Pretreatment-Erhebung für die KT fehlende Werte hatten.

<sup>b)</sup> Ebenso reduzierte sich die Gesamt-Katamnese-Stichprobe um die drei unter <sup>a)</sup> genannten Personen, und zwar von 41 auf 38.

<sup>c)</sup> Für die Ermittlung erlangter Remission wurden die Teilstichproben jeweils um diejenigen Personen reduziert, welche bereits zum Pretreatment-Zeitpunkt die Diagnosekriterien nicht erfüllt hatten.

Von denjenigen Personen, die die Diagnosekriterien zum Pretreatment-Zeitpunkt nicht erfüllt hatten, verschlechterte sich niemand in der Hinsicht, dass er zum Posttreatment-Zeitpunkt die Diagnose bekommen hätte. Während des Katamneseintervalls kam es allerdings zu einer diesbezüglichen Verschlechterung bei einer Person: Sie erfüllte nun wieder die Diagnosekriterien, nachdem sie die Diagnose zum Post-Zeitpunkt bereits abgelegt hatte. Insgesamt können 92% derjenigen Patienten, die vor der Therapie die Diagnose erhalten hatten und die Therapie bis zum Ende durchführten, zum Katamnesezeitpunkt als remittiert gelten. Hinsichtlich der Dropouts war dies jedoch nur für 40% der Fall. Auf die ITT-Stichprobe bezogen erlangten 68% der Patienten eine Remission bis zum Katamnesezeitpunkt. Eine graphische Veranschaulichung der Entwicklung des Diagnosestatus zwischen Therapieende und Katamnese bezüglich der Therapie+Katamnese-Completer zeigt Abbildung 11.

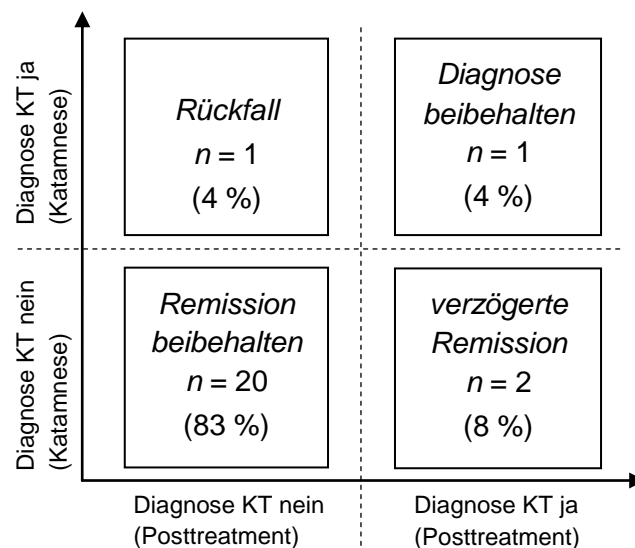


Abbildung 11. Entwicklung des Diagnose-Status im Zeitraum zwischen Posttreatment und Katamnese für die 24 Therapie+Katamnese-Completer, welche zu Therapiebeginn die Diagnosekriterien einer komplizierten Trauer erfüllt hatten

Mittels McNemar-Tests wurde analysiert, ob sich der prozentuale Anteil derjenigen Personen, welche die Diagnose einer komplizierten Trauer erhielten, zu den drei Messzeitpunkten Pretreatment, Posttreatment und Follow-Up signifikant unterschied. Für die Therapie+Katamnese-Completer war der Unterschied zwischen Pre- und Posttreatment sowie zwischen Pretreatment und Follow-Up signifikant (jeweils  $p < .001$ ), der zwischen Posttreatment und Follow-Up jedoch nicht ( $p = 1.00$ ). Für die ITT-Stichprobe unterschied sich der Anteil der Personen mit Diagnose zwischen Pre- und Posttreatment und Pretreatment und Follow-Up ebenfalls jeweils signifikant (alle

$p_s < .001$ ). Zwischen Posttreatment und Follow-Up war auch hier kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen ( $p = 1.00$ ).

Anhand von  $\chi^2$ -Tests (*exakter Test nach Fisher*) wurde der Vergleich zwischen den Therapie+Katamnese-Completern und den Dropouts, die an der Katamnese teilgenommen hatten, hinsichtlich der Erfüllung der Diagnosekriterien und des Anteils Remittierter zum Follow-Up-Zeitpunkt analysiert: Es hatten signifikant weniger Completer als Dropouts, jeweils bezogen auf ihre Subgruppe, bei der Katamnese noch die Diagnosekriterien erfüllt ( $p = .011$ ,  $\Phi = -.54$ ), und auch der Anteil Remittierter war bei den Completern signifikant höher ausgeprägt ( $p = .024$ ,  $\Phi = -.52$ ). Beide Vergleiche wiesen eine als stark zu bewertende Effektgröße  $\Phi$  auf.

#### 3.3.1.4.2 Klinische Signifikanz

Als Kriterium für die klinische Signifikanz wurde, wie bereits in Abschnitt 2.5.4.4 beschrieben, die Variante „mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der dysfunktionalen Population“ plus „statistisch reliable Verbesserung“ gewählt. Als „dysfunktionale Population“ wurde die Verteilung der Baseline-Werte im IKT-13 herangezogen. Da der Mittelwert dieser Verteilung bei 41.94 Punkten liegt und die Standardabweichung 5.39 beträgt, ergibt sich als Cutoff-Wert für eine klinisch signifikante Verbesserung ein Score von 31.16. Wer also im Trauer-Interview 31 oder weniger Punkte aufweist und zusätzlich eine statistisch reliable Verbesserung erreicht hat, kann als klinisch bedeutsam verbessert bezeichnet werden.

Zunächst wurde untersucht, wie viele der Patienten sich überhaupt in statistisch reliablem Ausmaß hinsichtlich ihrer Trauersymptomatik zwischen den drei Messzeitpunkten verändert hatten. Die *kritische Differenz* (Berechnung siehe Abschnitt 2.5.4.4) bezeichnet das individuelle Ausmaß an Veränderung, welches als statistisch signifikant angesehen werden kann. Für die vorliegende Stichprobe liegt diese, bezogen auf das Trauermaß, bei 11 Punkten (siehe S. 103). Das heißt, wer seinen KT-Score zwischen zwei Messzeitpunkten um mindestens 11 Punkte reduzieren konnte, gilt für diesen Zeitraum als statistisch reliabel verbessert. Entsprechend gilt dies auch für Verschlechterungen. In Tabelle 18 sind die entsprechenden Ergebnisse aufgeführt.

Mittels  $\chi^2$ -Test (*exakter Test nach Fisher*) wurden die beiden Gruppen der an der Katamnese teilnehmenden Therapie-Completer und Dropouts hinsichtlich ihres relativen Anteils statistisch reliabel verbesserter Patienten im Gesamtstudienzeitraum verglichen. Obwohl man in Tabelle 18 sieht, dass sich deskriptiv bei den Completern prozentual mehr Patienten verbessert haben als bei den Dropouts (76 vs. 40%), was einer annähernd mittleren Effektstärke entspricht ( $\Phi = .27$ ), ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ( $p = .134$ ).

Tabelle 18

*Statistisch reliable Veränderungen in der Symptomschwere komplizierter Trauer zwischen Prä-, Post- und Katamnese-messung ( $D_{\text{krit}} = 11$  Punkte)*

	N	Prä-Post		Post-Katamnese		Prä-Katamnese	
		besser	schlechter	besser	schlechter	besser	schlechter
Ther-C	33	19 (58%)	0 (0%)	6 (18%)	2 (6%)	25 (76%)	0 (0%)
Dropouts <sup>a)</sup>	5	-	-	-	-	2 (40%)	0 (0%)
F-Up-C <sup>b)</sup>	38	-	-	-	-	27 (71%)	0 (0%)
ITT	51	21 (41%)	0 (0%)	7 (14%)	2 (4%)	30 (59%)	0 (0%)

*Anmerkungen.* Die Angaben beziehen sich auf die absoluten Häufigkeiten, mit den zugehörigen Prozentangaben in Klammern. Da die Dropouts keine Posttreatment-Werte besitzen, bleiben die entsprechenden Zellen leer.

Ther-C = Therapie-Completer, F-Up-C = Follow-Up-Completer, ITT = Intent-to-treat-Stichprobe

<sup>a)</sup> Die Dropoutstichprobe reduzierte sich um drei Personen von acht auf fünf, da zwei Personen zur Katamnese- und eine zur Pretreatment-Erhebung für die KT fehlende Werte haben.

<sup>b)</sup> Ebenso reduzierte sich die Gesamt-Katamnese-Stichprobe um die drei unter <sup>a)</sup> genannten Personen, und zwar von 41 auf 38.

Anschließend wurde ermittelt, wie viele Patienten sich zwischen der Prä- und der Postmessung und zwischen der Post- und der Katamneseerhebung sowohl statistisch reliabel verbesserten als auch mit ihrem Trauer-Score nun außerhalb der kranken Population lagen. Diese sollen im Folgenden als *Responder* bezeichnet werden. Wer die beiden Kriterien nicht erlangt hat, gilt als *Non-Responder*. Die beiden Personen, die bereits zur Prämessung unter dem kritischen Cutoff-Wert von 31 Punkten lagen, wurden nicht in die Analyse mit einbezogen. Tabelle 19 zeigt die Ergebnisse. Zum Katamnese-Zeitpunkt erfüllten rund 65% der Completer diese strengen Kriterien, für die ITT-Stichprobe lag der Wert immerhin noch bei 49%. Zu Verschlechterungen kam es über den gesamten Studienzeitraum hinweg betrachtet nicht. Der Patient, der sich während des therapiefreien Katamneseintervalls verschlechterte, hatte im Verlauf der vorangehenden Therapie eine ebenso deutliche Verbesserung erzielt, so dass sich dies über beide Zeiträume hinweg ausglich und er am Ende mit einem Punkt Unterschied wieder auf seinem Ausgangsniveau angekommen war.

Wiederum wurde mit einem Chi<sup>2</sup>-Test (*exakter Test nach Fisher*) der Unterschied zwischen Completern und Dropouts zum Katamnesezeitpunkt auf statistische Signifikanz getestet. Wie schon bei dem Kriterium der statistisch reliablen Verbesserung ist auch der Unterschied hinsichtlich der klinisch signifikanten Verbesserung zwischen den beiden



Gruppen nicht groß genug, um als statistisch bedeutsam zu gelten ( $p = .357$ ,  $\Phi = .17$ ). Um Hinweise darauf zu erhalten, was Responder von Non-Respondern unterscheidet, wurden auch zwischen diesen beiden Gruppen Vergleiche angestellt. Die Ergebnisse werden im Kapitel *Prädiktoren des Therapieerfolgs* (Abschnitt 3.4.1.1) dargestellt.

Tabelle 19

*Statistisch reliable plus klinisch bedeutsame Veränderungen in der Symptomschwere komplizierter Trauer zwischen Prä-, Post- und Katamnese-messung („Responder“;  $D_{\text{krit}} = 11$  Punkte, Cutoff-Wert für die „nicht-krank Population“ = 31 Punkte)<sup>a)</sup>*

	N	Prä-Post		Post-Katamnese		Prä-Katamnese	
		besser	schlechter	besser	schlechter	besser	schlechter
Ther-C	31	16 (52%)	0 (0%)	5 (16%)	1 (3%)	20 (65%)	0 (0%)
Dropouts <sup>b)</sup>	5	-	-	-	-	2 (40%)	0 (0%)
F-Up-C <sup>c)</sup>	36	-	-	-	-	22 (61%)	0 (0%)
ITT	49	17 (35%)	0 (0%)	6 (12%)	1 (2%)	24 (49%)	0 (0%)

*Anmerkungen.* Die Angaben beziehen sich auf die absoluten Häufigkeiten, mit den zugehörigen Prozentangaben in Klammern. Da die Dropouts keine Posttreatment-Werte besitzen, bleiben die entsprechenden Zellen leer.

Ther-C = Therapie-Completer, F-Up-C = Follow-Up-Completer, ITT = Intent-to-treat-Stichprobe

<sup>a)</sup> Für die Ermittlung klinisch signifikanter Verbesserung wurden die Teilstichproben jeweils um diejenigen Personen reduziert, welche bereits zum Pretreatment-Zeitpunkt unter dem kritischen Cutoff-Wert lagen.

<sup>b)</sup> Die Dropout-Stichprobe reduzierte sich um drei Personen von acht auf fünf, da zwei Personen zur Katamnese- und eine zur Pretreatment-Erhebung für die KT fehlende Werte haben.

<sup>c)</sup> Ebenso reduzierte sich die Gesamt-Katamnese-Stichprobe um die drei unter <sup>b)</sup> genannten Personen, und zwar von 41 auf 38.

Ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Entwicklung der klinischen Signifikanz in dem für eine Katamneseuntersuchung besonders interessanten Zeitabschnitt zwischen Therapieende und Katamnese erhält man, wenn man die Therapie+Katamnese-Completer in die vier in Abschnitt 2.5.4.4 (S. 103) beschriebenen Kategorien einteilt. Abbildung 12 zeigt, mit welchen Häufigkeiten die Patienten in diesen vertreten sind. Die meisten (74%) blieben in ihrem jeweiligen Status stabil, das heißt, sie behielten ihre zum Therapieende erzielte (45%) oder nicht erzielte (29%) klinisch signifikante Verbesserung auch bis zum Katamnesezeitpunkt bei. 19% erreichten die klinisch signifikante Verbesserung noch nicht direkt nach Therapieende, sondern erst beim Follow-Up, also verzögert. Zwei Patienten (6%) konnten ihre während der Therapiezeit erlangte klinisch

signifikante Verbesserung nicht bis zur Katamnese aufrechterhalten und erlitten in Bezug auf dieses Kriterium einen Rückfall.

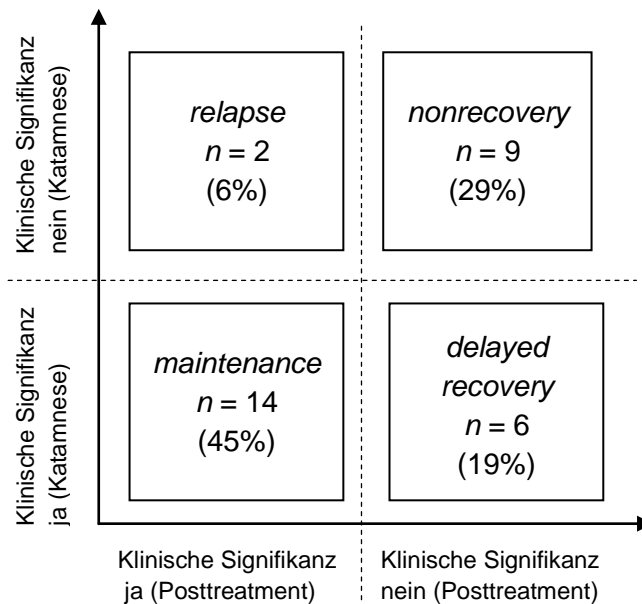


Abbildung 12. Entwicklung der klinischen Signifikanz im Katamneseintervall für die 31 Therapie+Katamnese-Completer, welche zum Pretreatment-Zeitpunkt über dem Cutoff-Wert von 31 Punkten im Trauerinterview lagen

Um herauszufinden, ob sich innerhalb derjenigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt klinisch signifikante Symptomverbesserungen erreicht hatten, die beiden Untergruppen *Aufrechterhaltung seit Posttreatment* (*maintenance*) und *verzögerte Genesung* (*delayed recovery*) in ihren Ausgangsbedingungen unterschieden hatten, wurden diesbezügliche Gruppenvergleiche in den soziodemographischen, verlustspezifischen und klinischen Variablen mittels Mann-Whitney-*U*- und  $\chi^2$ -Tests angestellt. Es ergaben sich jedoch keinerlei signifikante Pretreatment-Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen.

### 3.3.2 Sekundärkriterium:

#### *Allgemeine psychopathologische Belastung*

Als sekundäres Ergebnismaß wurde die psychopathologische Belastung anhand der SCL-90-R erhoben. Neben dem allgemeinen Schwereindex (*GS*) wurden auch die drei Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* ausgewertet. Paarweise Vergleiche zwischen den Mittelwerten jeweils zweier Messzeitpunkte wurden mit *t*-Tests für abhängige Stichproben untersucht. Da die Normalverteilung der SCL-Daten zum Teil als fraglich einzustufen ist, wurden alle Ergebnisse mittels Wilcoxon-Tests nochmals überprüft. Es ergaben sich keine Unterschiede in den Signifikanzergebnissen. Die

Effektstärkenberechnung zur Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit der Ergebnisse erfolgte wieder nach der Formel von Cohens  $d$  für abhängige Stichproben. Da für eine Person aus der Completer-Stichprobe der SCL-Fragebogen zum Posttreatment-Zeitpunkt aufgrund zu vieler fehlender Werte nicht verwertbar war und ein Dropout aufgrund des frühen Studienabbruchs nur Predelay-, aber keine Pretreatmentwerte mehr hat, reduzierten sich die entsprechenden Teilstichproben um jeweils einen Fall. Die Ergebnisse der Mittelwerts-Vergleiche sind für den Prä-Katamnese-Vergleich in Tabelle 20 und für den Post-Katamnese-Vergleich in Tabelle 21 dargestellt.

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich, verbesserten sich die Therapie-Completer vom Pretreatment- bis zum Follow-Up-Zeitpunkt sowohl in der allgemeinen psychischen Belastung als auch in den Unterbereichen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* statistisch signifikant. Auch praktische Bedeutsamkeit ist für diese Symptomreduktionen gegeben, was an den mittleren bis großen Effektstärken zu sehen ist ( $d = 0.56 - 0.76$ ). Die jeweiligen ITT-Analysen weisen ebenfalls statistische Signifikanz auf, verbunden mit mittleren Effektstärken beim *GSI* und der Skala *Depressivität* ( $d = 0.51$  bzw.  $0.54$ ) sowie kleinen bis mittleren Effektstärken bei den Skalen *Ängstlichkeit* und *Somatisierung* ( $d = 0.38$  bzw.  $0.33$ ). Auch nach Bonferroni-Adjustierung des Alpha-Niveaus aufgrund der Mehrfachvergleiche ( $\alpha = .05/4 = .013$ ) bleiben die Prä-Katamnese-Unterschiede für die Completer- und ITT-Stichproben signifikant.

Für den Posttreatment-Katamnese-Vergleich wurde das Alphaniveau aufgrund der Stabilitätsannahme auf .20 erhöht. Da in den statistischen Mittelwertsvergleichen (siehe Tabelle 21) weder die *GSI*- noch die Subskalen-Werte für die Therapie-Completer dieses Alphaniveau unterschreiten, die Effektstärken vernachlässigbar gering sind und die 95%-Konfidenzintervalle der Differenzen jeweils den Wert Null enthalten, kann davon ausgegangen werden, dass die kurzfristigen Therapieergebnisse über die Follow-Up-Periode hinweg stabil geblieben sind. Hypothesen 2.1. und 2.3. haben sich somit bestätigt.

Für die Gruppe der Dropouts wurde Stabilität des Sekundärmaßes von der Pretreatment- bis zur Katamnese-Messung angenommen. Da also auf die Nullhypothese getestet wurde, wurde das  $\alpha$ -Niveau auf .20 angehoben. Diese Signifikanzgrenze wurde nicht unterschritten (siehe Tabelle 20), und die jeweiligen 95%-Konfidenzintervalle der Differenzen enthalten alle den Wert *Null*, was auf eine Stabilität der Symptomatik sowohl für den *GSI* als auch für die drei Subskalen hinweist. Auch die minimalen Effektstärken ( $d = -0.17 - +0.18$ ) weisen in diese Richtung. Hypothese 2.2. konnte somit durch die Ergebnisse bestätigt werden.

Tabelle 20

*Ergebnisse des Prä-Katamnese-Vergleichs bezüglich der psychopathologischen Belastung (SCL-90-R)*

		Pretreatment	Katamnese				
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>SCL-90-R (GSI)</b>							
Ther-Completer	33	1.12 (0.64)	0.68 (0.59)	4.51	32	<.001***	0.71
Dropouts	7	1.63 (0.93)	1.47 (0.81)	0.90	6	.403 ns	0.18
Kat-Completer	40	1.21 (0.71)	0.82 (0.69)	4.49	39	<.001***	0.56
Intent-to-treat	51	1.15 (0.68)	0.81 (0.66)	4.80	50	<.001***	0.51
<b>SCL-90-R (DEP)</b>							
Ther-Completer	33	1.59 (0.85)	0.97 (0.79)	4.54	32	<.001***	0.76
Dropouts	7	2.07 (0.91)	2.01 (0.78)	0.27	6	.793 ns	0.07
Kat-Completer	40	1.68 (0.87)	1.16 (0.87)	4.27	39	<.001***	0.60
Intent-to-treat	51	1.70 (0.89)	1.21 (0.91)	4.83	50	<.001***	0.54
<b>SCL-90-R (ÄNG)</b>							
Ther-Completer	33	1.02 (0.65)	0.64 (0.70)	3.37	32	.002**	0.56
Dropouts	7	1.59 (1.07)	1.40 (1.16)	0.42	6	.690 ns	0.17
Kat-Completer	40	1.12 (0.76)	0.77 (0.83)	2.91	39	.006**	0.44
Intent-to-treat	51	1.05 (0.75)	0.76 (0.79)	3.02	50	.004**	0.38
<b>SCL-90-R (SOM)</b>							
Ther-Completer	33	1.14 (0.78)	0.71 (0.69)	3.92	32	<.001***	0.58
Dropouts	7	1.64 (1.19)	1.82 (0.95)	-0.54	6	.607 ns	-0.17
Kat-Completer	40	1.23 (0.87)	0.90 (0.85)	2.91	39	.006**	0.38
Intent-to-treat	51	1.11 (0.83)	0.84 (0.79)	2.95	50	.005**	0.33

*Anmerkungen.* *t* bezeichnet die Prüfgröße für den *t*-Test für abhängige Stichproben. *p* ist die exakte, zweiseitige Überschreitungswahrscheinlichkeit. Für die Analyse der Gruppe der Dropouts wurde aufgrund der Testung auf die Nullhypothese ein  $\alpha$ -Niveau von .20 zugrunde gelegt. SCL-90-R = Symptomcheckliste-90-Revidiert, DEP = Subskala Depressivität, ÄNG = Subskala Ängstlichkeit, SOM = Subskala Somatisierung, Ther-Completer = Therapie-Completer, Kat-Completer = Katamnese-Completer.

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , ns = nicht signifikant

Tabelle 21

*Ergebnisse des Post-Katamnese-Vergleichs bezüglich der psychopathologischen Belastung (SCL-90-R)*

		Posttreatment	Katamnese				
	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>SCL-90-R (GS)</b>							
Ther-Completer	32	0.75 (0.60)	0.69 (0.59)	1.15	31	.257 ns	0.10
<b>SCL-90-R (DEP)</b>							
Ther-Completer	32	1.04 (0.78)	0.95 (0.79)	0.84	31	.409 ns	0.11
<b>SCL-90-R (ÄNG)</b>							
Ther-Completer	32	0.68 (0.73)	0.65 (0.70)	0.46	31	.646 ns	0.04
<b>SCL-90-R (SOM)</b>							
TherCompleter	32	0.79 (0.70)	0.73 (0.70)	1.04	31	.305 ns	0.09

*Anmerkungen.* *t* bezeichnet die Prüfgröße für den *t*-Test für abhängige Stichproben. *p* ist die exakte, zweiseitige Überschreitungswahrscheinlichkeit. Aufgrund der Testung auf die Nullhypothese wurde ein  $\alpha$ -Niveau von .20 zugrunde gelegt. SCL-90-R = Symptomcheckliste-90-Revidiert, DEP = Subskala Depressivität, ÄNG = Subskala Ängstlichkeit, SOM = Subskala Somatisierung, Ther-Completer = Therapie-Completer; ns = nicht signifikant

Schließlich wurde noch der Verlauf der psychopathologischen Gesamtbelastung (GS) über die drei Messzeitpunkte hinweg für die Gruppe der 32 Therapie-Completer betrachtet, die an der Katamnese teilgenommen und zu allen drei Messzeitpunkten gültige SCL-Fragebögen hatten: Pretreatment ( $M = 1.14$ ,  $SD = 0.64$ ), Posttreatment ( $M = 0.75$ ,  $SD = 0.60$ ) und Follow-Up ( $M = 0.69$ ,  $SD = 0.59$ ). Es wurde eine einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung über den Faktor Zeit (ALM) durchgeführt. Da der Mauchly-Test eine signifikante Abweichung von der Sphärizität ergab (Mauchly- $W(2) = 0.69$ ,  $p = .004$ ), wurden die Freiheitsgrade gemäß Greenhouse-Geisser korrigiert. Die Varianzanalyse ergab eine signifikante Reduktion der Symptomatik über die drei Messzeitpunkte hinweg ( $F(1.53, 47.47) = 17.27$ ,  $p < .001$ ), verbunden mit einer als groß einzustufenden Effektstärke (partielles  $\eta^2 = 0.36$ ). Die Ergebnisse der paarweisen Vergleiche (mit Bonferroni-Anpassung) zeigten auf, dass zwischen Pretreatment und Posttreatment eine signifikante Symptomverbesserung erzielt wurde ( $p < .001$ ), zwischen Posttreatment und Follow-Up kann hingegen von einer relativen Stabilität der Symptombelastung ausgegangen werden ( $p = .772$ ). Insgesamt, also vom Pretreatment-Zeitpunkt bis zur Katamnese, ist ebenfalls eine signifikante Verbesserung zu verzeichnen ( $p < .001$ ), wie bereits mittels *t*-Test aufgezeigt wurde (siehe Tabelle 20). Für die drei Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* zeigt sich jeweils dasselbe

Verlaufsmuster (Einzelergebnisse nicht aufgeführt). In Abbildung 13 ist der Verlauf des GSI über die drei Zeitpunkte hinweg graphisch dargestellt.

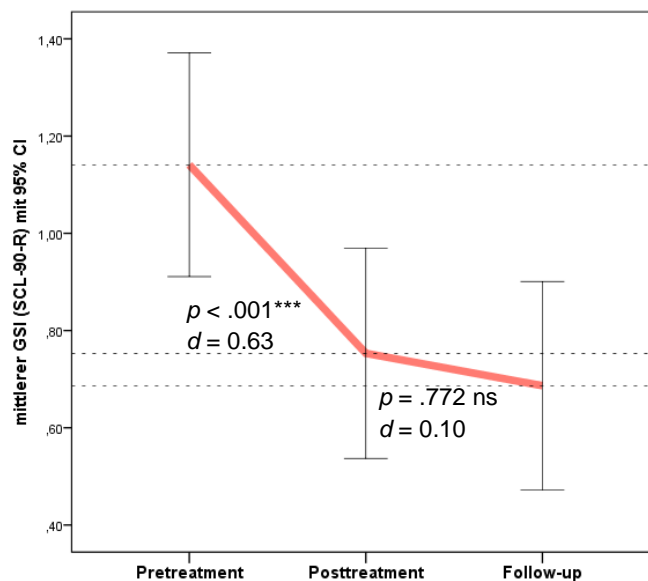


Abbildung 13. Verlauf der psychopathologischen Gesamtbelastung (SCL-90-R, GSI) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 32$ ) (Anmerkung: \*\*\*  $p < .001$ , ns = nicht signifikant; Bonferroni-adjustiertes  $\alpha$ )

### 3.3.3 Tertiärkriterien: Posttraumatische Belastung und Reifung

Die tertiären Outcome-Kriterien beziehen sich auf die Auswirkungen des Erlebens eines traumatischen Ereignisses – sowohl in negativer als auch in positiver Hinsicht. Erhoben wurden diese anhand zweier Fragebögen: der *Posttraumatischen Diagnoseskala* (PDS) und der *Posttraumatischen Persönlichen Reifung* (PPR). Nicht alle Patienten erlebten den Tod der nahestehenden Person als traumatisch, so dass die Anzahl der beantworteten Fragebögen nicht der Gesamtstichprobengröße entspricht. Andere hatten mehrere traumatische Ereignisse in ihrem Leben erlebt und gaben ein anderes Ereignis als den Todesfall als das für sie schlimmste Ereignis an, auf welches sie dann auch ihre Angaben zu den Symptomitems bezogen. Das heißt, der Schweregrad der posttraumatischen Belastung ist nicht immer als Folge des Verlusterlebnisses (allein) zu sehen. Entsprechend kann dies auch für die Einschätzung des persönlichen posttraumatischen Wachstums der Fall sein, wobei auf diesen Fragebögen nicht explizit vermerkt war, auf welches der als traumatisch erlebten Lebensereignisse sich die Teilnehmer beziehen sollten. Dies ist im Nachhinein auch nicht mehr eruierbar. Dennoch wurden alle gültigen PDS- und PPR-Fragebögen in die Auswertung mit aufgenommen. Mittels  $t$ -Tests für abhängige Stichproben wurden die Belastungs- bzw. Reifungs-

Veränderungen zwischen Pretreatment und Follow-Up sowie zwischen Posttreatment und Follow-Up auf Signifikanz getestet und anschließend die entsprechenden Effektstärken (Cohens  $d$ ) berechnet. In den Tabellen 22 und 23 sind die Ergebnisse dargestellt. Die Effektgrößenangaben zum posttraumatischen Wachstum wurden umgepolt, so dass sie, wie bereits im Bereich der klinischen Symptomvariablen, bei positivem Vorzeichen Verbesserungen entsprechen, bei negativem Verschlechterungen.

Tabelle 22

*Ergebnisse des Prä-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Tertiärmaße „posttraumatische Belastung“ und „posttraumatisches Wachstum“*

	<i>n</i>	Pretreatment <i>M (SD)</i>	Katamnese <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>PDS (Gesamtwert)</b>							
Ther-Completer	29	26.93 (10.26)	12.86 (10.35)	7.68	28	<.001***	1.37
Dropouts	6	36.67 (12.57)	24.67 (10.80)	2.57	5	.050 <sup>#</sup>	1.02
Kat-Completer	35	28.60 (11.13)	14.89 (11.22)	8.12	34	<.001***	1.23
Intent-to-treat	49	26.06 (11.45)	15.39 (10.94)	7.17	48	<.001***	0.95
<b>PPR (Gesamtwert)</b>							
Ther-Completer	33	41.85 (14.16)	49.88 (22.40)	-2.78	32	.009**	0.43
Dropouts	6	39.33 (10.88)	25.83 (8.13)	8.00	5	<.001***	-1.41
Kat-Completer	39	41.46 (13.61)	46.18 (22.55)	-1.71	38	.095 <sup>+</sup>	0.25
Intent-to-treat	51	40.43 (15.11)	44.35 (22.70)	-1.78	50	.082 <sup>+</sup>	0.20

*Anmerkungen.*  $t$  bezeichnet die Prüfgröße des  $t$ -Tests für abhängige Stichproben.  $p$  ist die exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit. Für die Analyse der Gruppe der Dropouts wurde aufgrund der Testung auf die Nullhypothese ein  $\alpha$ -Niveau von .20 zugrunde gelegt. PDS = Posttraumatische Diagnoseskala, PPR = Posttraumatische Persönliche Reifung; Ther-Completer = Therapie-Completer, Kat-Completer = Katamnese-Completer; <sup>#</sup>  $p < .20$ , <sup>+</sup>  $p \leq .10$ , <sup>\*\*</sup>  $p < .01$ , <sup>\*\*\*</sup>  $p < .001$

Die Symptomverbesserung hinsichtlich posttraumatischer Belastung ist über den gesamten Studienverlauf betrachtet für die Therapie-Completer sehr stark ( $d = 1.37$ ) und statistisch hochsignifikant ( $p < .001$ ). Hypothese 3.1. gilt somit als bestätigt. Aber auch die Dropouts zeigen hier eine starke Verbesserung ihrer Symptomatik ( $d = 1.02$ ), die das Alpha-Niveau von .20 deutlich unterschreitet und das allgemeine Alpha-Niveau von .05 genau erreicht. Infolgedessen muss Hypothese 3.2. abgelehnt werden. Auch die Gesamtstichprobe (ITT) erzielte einen statistisch hochsignifikanten und starken Effekt in der Reduktion ihrer posttraumatischen Symptomatik. Eine explorativ durchgeführte

Kovarianzanalyse ergab, bei insignifikantem Levene-Test, keinen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Therapie+Katamnese-Completern und Dropouts hinsichtlich ihrer Symptomverbesserung zwischen Prä- und Follow-Up-Erhebung ( $F(1,32) = 2.47$ ,  $p = .126$ , partielles  $\eta^2 = .072$ ;  $PDS_{\text{prä}}$  als Kovariate).

Die Entwicklung des subjektiv erlebten posttraumatischen Wachstums zwischen Pretreatment und Follow-Up zeigt für die Therapie-Completer in eine ähnlich positive Richtung, mit einer signifikanten Steigerung vom Ausmaß eines kleinen bis mittleren Effektes (siehe Tabelle 22). Hypothese 3.3. kann damit als bestätigt gelten. Die Dropouts verschlechterten sich hingegen signifikant und stark in ihrem posttraumatischen Wachstum, so dass die Stabilitätsannahme von Hypothese 3.4. abgelehnt werden muss. Aufgrund dieser Verschlechterung bei den Dropouts wurden die Ergebnisse der gesamten Katamnese-Stichprobe und der ITT-Stichprobe nur noch marginal signifikant und wiesen lediglich kleine Effektstärken auf.

Tabelle 23

*Ergebnisse des Post-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Tertiärmaße „posttraumatische Belastung“ und „posttraumatisches Wachstum“*

	<i>n</i>	Posttreatment <i>M (SD)</i>	Katamnese <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>PDS (Gesamtwert)</b>							
Ther-Completer	22	15.55 (11.42)	12.86 (10.87)	1.49	21	.151 <sup>#</sup>	0.24
<b>PPR (Gesamtwert)</b>							
Ther-Completer	33	52.66 (20.59)	49.88 (22.40)	1.33	32	.193 <sup>#</sup>	-0.13

Anmerkungen. *t* bezeichnet die Prüfgröße des *t*-Tests für abhängige Stichproben. *p* ist die zweiseitige Überschreitungswahrscheinlichkeit. Das  $\alpha$ -Niveau wurde aufgrund der Testung auf die Nullhypothese auf .20 gesetzt. PDS = Posttraumatische Diagnoseskala, PPR = Posttraumatische Persönliche Reifung, Ther-Completer = Therapie-Completer.

<sup>#</sup>  $p < .20$

Im Posttreatment-Katamnese-Vergleich (siehe Tabelle 23) erweisen sich sowohl die PDS- als auch die PPR-Werte für die Therapie-Completer als signifikant von den Stabilitäts-Hypothesen 3.5. und 3.6. abweichend ( $ps < .20$ ). Mit dem Wilcoxon-Test ergab sich allerdings für die PPR-Differenz eine vom *t*-Test-Ergebnis abweichende Überschreitungswahrscheinlichkeit von  $p = .336$  ( $z = -0.98$ ). Außerdem liegt der Wert Null sowohl für die PDS- als auch für die PPR-Differenz jeweils innerhalb des 95%-Konfidenzintervalls, so dass eine Stabilität der Ergebnisse nicht ganz auszuschließen ist. Die leichten Verbesserungen hinsichtlich der posttraumatischen Belastungssymptomatik sind jedenfalls ebenso wie die leichten Verschlechterungen bezüglich des posttraumatischen Wachstums weder auf dem 5%-Alpha-Niveau statistisch signifikant



noch praktisch bedeutsam. Letztendlich ist also keine eindeutige Aussage zur Entwicklung der Tertiärkriterien im therapiefreien Katamneseintervall möglich, es kann jedoch von annähernder Stabilität ausgegangen werden.

Bezüglich der 18 Therapie+Katamnese-Completer, für die ein gültiger PDS-Fragebogen zu allen Messzeitpunkten vorlag, wurde der posttraumatische Symptomverlauf über die drei Messzeitpunkte Pretreatment ( $M = 28.94$ ,  $SD = 11.40$ ), Posttreatment ( $M = 15.44$ ,  $SD = 12.23$ ) und Follow-Up ( $M = 12.67$ ,  $SD = 11.55$ ) mittels einfaktorieller ANOVA mit Messwiederholung (ALM) untersucht. Da der Mauchly-Test eine signifikante Abweichung von der Sphärizitätsannahme ergab (Mauchly- $W(2) = 0.63$ ,  $p = .024$ ), wurden die Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser korrigiert. Das Ergebnis des Signifikanztests zeigt eine bedeutsame Verringerung der posttraumatischen Belastungssymptome über die drei Messzeitpunkte hinweg ( $F(1.46, 24.77) = 24.65$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = 0.59$ ). Die anschließend durchgeführten paarweisen Vergleiche (mit Bonferroni-Anpassung) ergaben eine signifikante Symptomreduktion zwischen Pre- und Posttreatment ( $p = .001$ ), während die Verbesserung zwischen Therapieende und Katamnese nicht das  $\alpha$ -Signifikanzniveau unterschritt ( $p = .329$ ). Von Pretreatment zu Follow-Up war die Symptomverringerung erwartungsgemäß signifikant ( $p < .001$ ). In Abbildung 14 wird dieser Verlauf dargestellt.

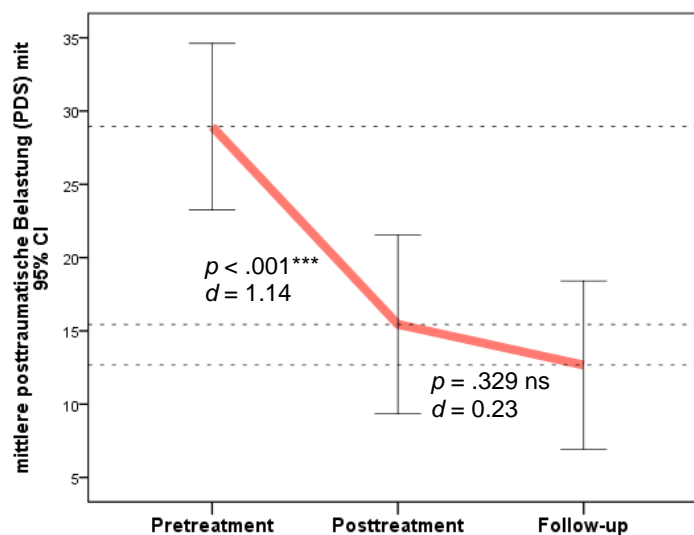


Abbildung 14. Verlauf der posttraumatischen Symptombelastung (PDS) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 18$ )  
(Anmerkung: \*\*\*  $p < .001$ , ns = nicht signifikant; Bonferroni-adjustiertes  $\alpha$ )

Ebenso wurde für die 33 Therapie+Katamnese-Completer mittels einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung (ALM) der Verlauf des posttraumatischen Wachstums über die drei Messzeitpunkte Pretreatment ( $M = 41.85$ ,  $SD = 14.16$ ), Posttreatment ( $M = 52.66$ ,  $SD = 20.59$ ) und Follow-Up ( $M = 49.88$ ,  $SD = 22.40$ ) analysiert (siehe Abbildung 15). Der Mauchly-Test wurde nicht signifikant, weshalb vom Vorliegen der Sphäritätsvoraussetzung ausgegangen wurde (Mauchly- $W(2) = 0.87$ ,  $p = .119$ ). Die Ergebnisse der ANOVA zeigen eine statistisch signifikante und praktisch bedeutsame Steigerung des posttraumatischen Wachstums über die drei Messzeitpunkte hinweg ( $F(2,64) = 9.77$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .23$ ). Die mit Bonferroni-Anpassung durchgeführten paarweisen Vergleiche ergeben ein signifikantes Ansteigen des posttraumatischen Wachstums zwischen Pre- und Posttreatment ( $p = .001$ ), keine signifikante Veränderung zwischen Posttreatment und Follow-Up ( $p = .578$ ) und eine signifikante Steigerung insgesamt zwischen Pretreatment und Follow-Up ( $p = .027$ ).

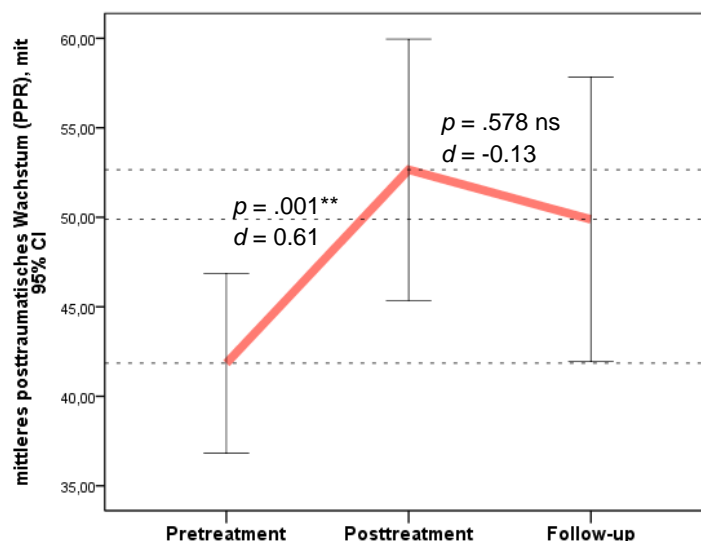


Abbildung 15. Verlauf des posttraumatischen Wachstums (PPR, Gesamtwert) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 33$ )  
(Anmerkung: \*\*  $p < .01$ , ns = nicht signifikant; Bonferroni-adjustiertes  $\alpha$ )

Zur differenzierteren Untersuchung des posttraumatischen Wachstums wurden explorativ dessen fünf Unterbereiche hinsichtlich ihrer Veränderungen zwischen dem Pretreatment- und dem Katamnese-Zeitpunkt näher betrachtet. Da die Normalverteilung dieser Daten fraglich ist, wurde durchgehend ein verteilungsfreies Verfahren (Wilcoxon-Test) zur statistischen Analyse verwendet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 24 dargestellt. Die Therapie-Completer zeigten in diesem Zeitraum signifikante Steigerungen auf den Skalen

*Neue Möglichkeiten* und *Persönliche Stärken*, mit jeweils mittleren Effektstärken, und einen Trend in diese Richtung auf der Skala *Wertschätzung des Lebens*, mit einer allerdings nur kleinen Effektstärke. Die Gruppe der Dropouts hingegen verschlechterte sich signifikant in den Bereichen *Neue Möglichkeiten*, *Beziehungen zu anderen* und *Persönliche Stärken*, und zwar jeweils mit großen bis sehr großen Effektstärken. Auch die Verschlechterung auf der Skala *Wertschätzung des Lebens* ist vom Ausmaß eines starken Effektes, konnte jedoch statistisch nicht gegen den Zufall abgesichert werden. Nur auf der Skala *Religiöse Veränderungen* blieben die Gruppen-Mittelwerte im Studienverlauf sowohl bei den Therapie-Completern als auch bei den Dropouts relativ konstant, wenn auch geringfügig in die negative Richtung weisend.

Tabelle 24

*Ergebnisse des Prä-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Subskalen posttraumatischen Wachstums (PPR)*

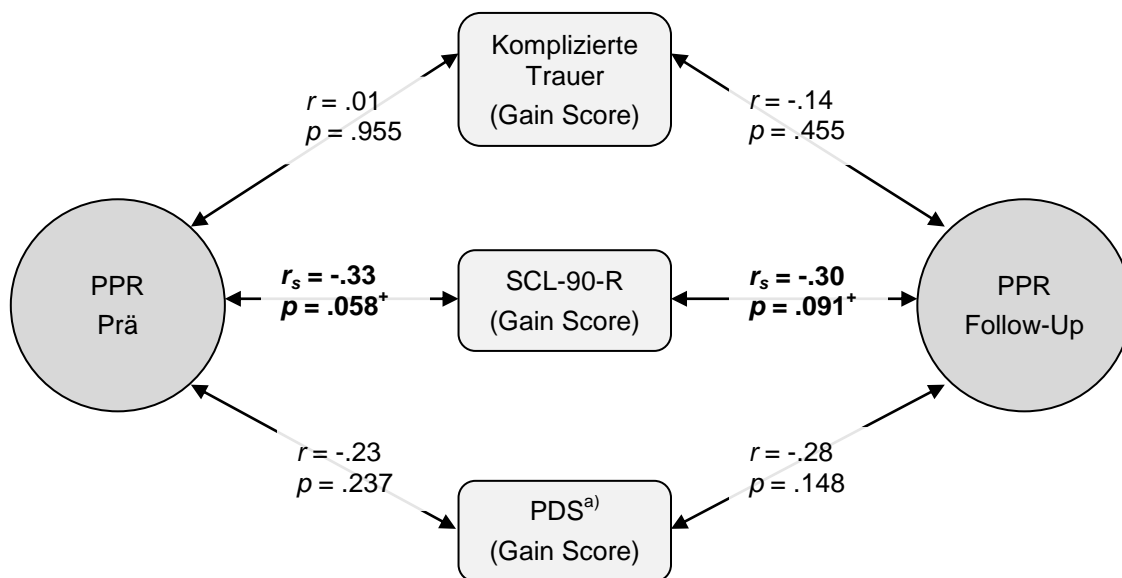
	<i>n</i>	Pretreatment <i>M (SD)</i>	Katamnese <i>M (SD)</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>Neue Möglichkeiten</b>						
Completer	33	7.79 (4.28)	10.39 (6.14)	-2.22 <sup>n)</sup>	.025*	0.49
Dropouts	6	8.17 (3.71)	3.50 (1.87)	-2.23 <sup>p)</sup>	.031*	-1.59
<b>Beziehungen zu Anderen</b>						
Completer	33	16.15 (5.12)	18.12 (7.42)	-1.56 <sup>n)</sup>	.121	0.31
Dropouts	6	14.33 (2.94)	10.50 (3.73)	-2.20 <sup>p)</sup>	.031*	-1.14
<b>Wertschätzung des Lebens</b>						
Completer	33	6.79 (3.27)	7.82 (4.13)	-1.92 <sup>n)</sup>	.055 <sup>+</sup>	0.28
Dropouts	6	5.33 (2.16)	3.33 (1.75)	-1.84 <sup>p)</sup>	.125	-1.02
<b>Persönliche Stärken</b>						
Completer	33	7.67 (3.79)	10.45 (5.40)	-3.66 <sup>n)</sup>	.000***	0.60
Dropouts	6	8.83 (2.71)	6.33 (2.66)	-2.23 <sup>p)</sup>	.031*	-0.93
<b>Religiöse Veränderungen</b>						
Completer	33	3.45 (3.12)	3.09 (3.12)	-0.89 <sup>p)</sup>	.388	-0.12
Dropouts	6	2.67 (3.01)	2.17 (2.32)	-1.13 <sup>p)</sup>	.500	-0.19

Anmerkungen. *z* bezeichnet die Prüfgröße für den exakten Wilcoxon-Test, *p* entspricht der zweiseitigen Überschreitungswahrscheinlichkeit, *d* ist die Effektstärke Cohens *d* für abhängige Stichproben, negatives *d* bedeutet eine Verschlechterung, PPR = Posttraumatische Persönliche Reifung.

<sup>n)</sup> basiert auf negativen Rängen, <sup>p)</sup> basiert auf positiven Rängen

<sup>+</sup>  $p \leq .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

Um die Untersuchung zur posttraumatischen Reifung mit den Ergebnissen der Studie von Wagner et al. (2007) vergleichen zu können, wurden Korrelationen der PPR-Werte zum Pretreatment bzw. zum Katamnese-Zeitpunkt mit den *Raw Gain Scores* (Verbesserung zwischen Pretreatment und Katamnese = Katamnese-Wert minus Prä-Wert) der übrigen Outcome-Variablen berechnet (Abbildung 16). Es wurden für die Zusammenhänge mit der Trauer und der posttraumatischen Belastung Pearson Produkt-Moment-Korrelationen durchgeführt, für diejenigen mit dem SCL-90-R-GSI hingegen Spearman-Rangkorrelationen, da der diesbezügliche Gain Score nicht normalverteilt ist.



**Abbildung 16.** Korrelationen der Pretreatment-Katamnese-Gain-Scores der klinischen Outcome-Variablen mit den Pretreatment- und den Follow-Up-Werten posttraumatischen Wachstums, bezogen auf die 33 Therapie+Katamnese-Completer

(Anmerkung.  $r$  = Statistik der Pearson Produkt-Moment-Korrelation,  $r_s$  = Statistik der Spearman-Rangkorrelation; <sup>a)</sup>  $n = 29$ ; <sup>+</sup>  $p \leq .10$ )

Der Trauer-Gain-Score zeigt ebenso wie der PDS-Gain-Score keine signifikanten Zusammenhänge mit den beiden PPR-Werten. Der SCL-GSI-Gain-Score weist hingegen sowohl mit dem PPR-Pretreatmentwert als auch mit dem PPR-Katamnesezeitpunkt verbunden. Da es sich dabei um Korrelationen handelt, kann keine prädiktive Aussage erfolgen. Auch eine Mediatorfunktion erfüllt der GSI-Gain-Score, nach Überprüfung mittels Regressionsanalyse, für die PPR-Veränderung nicht.

## 3.4 Ergebnisse der explorativen Fragestellungen

### 3.4.1 Prädiktoren des Therapieerfolgs

#### 3.4.1.1 Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern

Auf der Suche nach bedeutsamen Prädiktoren des Therapieerfolgs erfolgte zunächst ein Vergleich zwischen denjenigen Personen, die auf die Behandlung mit klinisch signifikanten Symptomverbesserungen reagierten (Responder), und denjenigen, welche dieses Kriterium nicht erreichten (Non-Responder). Die beiden Gruppen wurden auf signifikante Unterschiede hinsichtlich aller verfügbaren Variablen überprüft. Dies erfolgte für kontinuierliche Variablen anhand von *t*-Tests für unabhängige Stichproben bzw., bei (wahrscheinlicher) Verletzung der Normalverteilungsannahme oder zu geringer Teilstichprobengröße, anhand von Mann-Whitney-*U*-Tests. Dichotome Variablen wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Tests (*exakter Test nach Fisher*) überprüft. Die jeweils signifikanten bzw. marginal signifikanten Unterschiede sind in Tabelle 25 dargestellt.

Bezogen auf den Therapiezeitraum (Prä-Post) waren Responder tendenziell jünger und zeigten zu Therapiebeginn weniger allgemeine psychische Belastung sowie Depressivität und Ängstlichkeit. Teilnehmer, die zwischen Therapieende und Follow-Up klinisch signifikante Trauersymptomverbesserungen erzielten, hatten direkt nach der Therapie einen höheren Trauerwert sowie stärkere allgemeine psychopathologische Belastung und mehr Somatisierungstendenz, Depressivität und Ängstlichkeit gehabt. Über den Gesamtstudienzeitraum betrachtet (Prä-Katamnese) lagen die einzigen beiden Unterschiede darin, dass mehr Non-Responder den Verlust eines Kindes zu beklagen hatten und dass sie gleichzeitig aber ein tendenziell höheres, subjektiv erlebtes posttraumatisches Wachstum zu Therapiebeginn aufwiesen.

Auch auf die Gesamtstichprobe (ITT) bezogen erwies sich der Verlust eines Kindes als signifikant häufiger bei Non-Respondern vorkommend. Zusätzlich waren diese jedoch auch mit schwererer Trauersymptomatik zu Therapiebeginn belastet, hatten einen kürzeren Zeitabstand zum Verlustereignis und beendeten signifikant häufiger vorzeitig die Therapie bzw. nahmen sie erst gar nicht auf.

Tabelle 25

*Signifikante Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern*

<b>Zeitraum Prä-Post</b> (Therapie+Kat-Completer)	<b>Responder</b> ( $n_1 = 16$ )	<b>Non-Responder</b> ( $n_2 = 15$ )			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b>Alter</b> (in Jahren)	40.94 (11.50)	49.13 (14.73)	-1.73 (29)		.094 <sup>+</sup>
<b>SCL-90-R (Prä):</b>					
- GSI	0.94(0.49)	1.41 (0.70)		-1.80	.073 <sup>+</sup>
- Depressivität	1.29 (0.72)	1.98 (0.90)		-2.12	.034 <sup>*</sup>
- Ängstlichkeit	0.85 (0.62)	1.28 (0.62)		-1.95	.052 <sup>+</sup>
<b>Zeitraum Post-Kat</b> (Therapie+Kat-Completer)	<b>Responder</b> ( $n_1 = 5$ )	<b>Non-Responder</b> ( $n_2 = 26$ )			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b>Komplizierte Trauer</b> (Post)	36.80 (2.86)	26.65 (9.83)		-2.50	.011 <sup>*</sup>
<b>SCL-90-R (Post):</b>					
- GSI	1.14 (0.57)	0.71 (0.60)		-2.33	.018 <sup>*</sup>
- Depressivität	1.71 (0.76)	0.94 (0.74)		-2.20	.027 <sup>*</sup>
- Somatisierung	1.30 (0.73)	0.73 (0.69)		-2.67	.006 <sup>**</sup>
- Ängstlichkeit	1.00 (0.70)	0.65 (0.75)		-2.34	.018 <sup>*</sup>
<b>Zeitraum Prä-Kat</b> (Therapie+Kat-Completer)	<b>Responder</b> ( $n_1 = 20$ )	<b>Non-Responder</b> ( $n_2 = 11$ )			
	<i>M (SD) / n (%)</i>	<i>M (SD) / n (%)</i>	<i>t (df)</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b>Verlust eines Kindes</b>	3 (15%)	6 (55%)		-2.28	.038 <sup>*</sup>
<b>PPR (Prä): Gesamtscore</b>	39.10 (11.01)	46.64 (12.89)	-1.72 (29)		.097 <sup>+</sup>
<b>Zeitraum Prä-Kat</b> (ITT)	<b>Responder</b> ( $n_1 = 24$ )	<b>Non-Responder</b> ( $n_2 = 25$ )			
	<i>M (SD) / n (%)</i>	<i>M (SD) / n (%)</i>	<i>t (df)</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b>Jahre seit dem Verlust</b>	6.45 (8.10)	3.73 (6.07)		-2.69	.007 <sup>**</sup>
<b>Verlust eines Kindes</b>	3 (13%)	12 (48%)		-2.67	.012 <sup>*</sup>
<b>Komplizierte Trauer (Prä)</b>	40.58 (4.32)	43.96 (5.68)	-2.34 (47)		.024 <sup>*</sup>
<b>Dropout-Status</b>	3 (13%)	11 (44%)		2.42	.025 <sup>*</sup>

Anmerkungen.  $p$  = zweiseitige (exakte) Signifikanz,  $t$  = Prüfgröße des  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben,  $z$  = Prüfgröße des Mann-Whitney- $U$ -Tests bzw. standardisierte Prüfgröße des Chi-Quadrat-Tests, Kat = Katamnese, Ther+Kat-Completer = Therapie-Completer, die auch an der Katamnese teilgenommen haben, SCL-90-R = Symptom-Checkliste-90-Revidiert, GSI = General Severity Index, PPR = Posttraumatische Persönliche Reifung

<sup>+</sup>  $p \leq .10$ , <sup>\*</sup>  $p < .05$ , <sup>\*\*</sup>  $p < .01$

### 3.4.1.2 Korrelationsanalysen

Neben der Responderanalyse wurden auch die Korrelationen zwischen den als Prädiktoren in Frage kommenden Variablen und vier *Residual Gain Scores* (RGSs; Prä-Post, Post-Katamnese, Prä-Katamnese und ITT-Prä-Katamnese) durchgeführt (siehe Tabelle 26). Für deren Interpretation ist zu beachten, dass aufgrund der Berechnungsart eines RGS (siehe Seite 100) niedrigere Werte eine stärkere Verbesserung in der Trauersymptomatik markieren als höhere.

Tabelle 26

*Korrelationen zwischen in Frage kommenden Prädiktoren und den Trauer-RGSs zwischen Pretreatment, Posttreatment und Katamnese (Completer und ITT)*

	Therapie+Katamnese-Completer, <i>n</i> = 33						ITT, <i>N</i> = 51	
	RGS Prä-Post		RGS Post-Kat		RGS Prä-Kat		RGS ITT-Prä-Kat	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Alter</b>	.47	<b>.006**</b>	-.26	.143	.05	.784	.10	.479
Geschlecht <sup>a)</sup>	-.13	.483	-.09	.629	-.11	.558	-.08	.563
Familienstand - In Partnerschaft lebend <sup>b)</sup>	.15	.411	-.13	.471	-.07	.705	-.16	.275
<b>Verlust eines Kindes<sup>b)</sup></b>	.34	<b>.057<sup>+</sup></b>	.17	.338	.31	<b>.079<sup>+</sup></b>	.24	<b>.091<sup>+</sup></b>
Verlust des Partners <sup>b)</sup>	.06	.757	.02	.915	.12	.521	.12	.423
<b>Todesart<sup>c)</sup></b>	.28	.114	.31	<b>.081<sup>+</sup></b>	.40	<b>.020<sup>*</sup></b>	.24	<b>.092<sup>+</sup></b>
<b>Zeitabstand zum Tod<sup>d)</sup></b>	-.22	.226	-.16	.373	-.30	<b>.096<sup>+</sup></b>	-.40	<b>.003**</b>
KT-Schweregrad Prä <sup>e)</sup>	.00	1.00	.22	.230	.00	.998	-.09	.561
KT-Schweregrad Post	-	-	.00	.998	-	-	-	-
SCL-GS/ Prä <sup>d)f)</sup>	.24	.173	-.05	.804	-.03	.889	-.11	.455
SCL-GS/ Post <sup>d)f)</sup>	-	-	.06	.738	-	-	-	-
PDS Prä <sup>g)</sup>	.22	.247	.11	.575	.17	.385	.03	.847
PDS Post <sup>h)</sup>	-	-	.05	.822	-	-	-	-
PPR Prä <sup>f)</sup>	.09	.638	-.02	.899	.02	.911	-.03	.858
PPR Post	-	-	-.14	.432	-	-	-	-

(Fortsetzung siehe nächste Seite)

Tabelle 26 (Fortsetzung)

	Therapie+Katamnese-Completer, <i>n</i> = 33						ITT, <i>N</i> = 51	
	RGS Prä-Post		RGS Post-Kat		RGS Prä-Kat		RGS ITT-Prä-Kat	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
SKID-II (Baseline) <sup>i)</sup>								
- Gesamtscore	.11	.552	.10	.575	.12	.522	.21	.138
- Selbstunsichere PS	-.09	.612	.06	.753	-.06	.756	.05	.734
- Dependente PS	.18	.319	-.11	.559	.00	.984	.06	.674
- <b>Zwanghafte PS</b>	.20	.269	.23	.200	.31	<b>.085<sup>+</sup></b>	.13	.385
- Negativistische PS	-.11	.552	.19	.299	.11	.543	.11	.438
- Depressive PS	-.10	.586	.21	.243	.10	.589	.15	.314
- <b>Paranoide PS</b>	.20	.262	.26	.157	.29	.106	.30	<b>.032<sup>*</sup></b>
- Schizotypische PS <sup>d)</sup>	.17	.363	.00	.994	.11	.539	-.02	.870
- Schizoide PS	.11	.565	-.16	.393	-.14	.453	.00	.980
- Histrionische PS <sup>d)</sup>	.01	.949	-.22	.233	-.17	.358	-.06	.662
- Narzisstische PS <sup>d)</sup>	.13	.470	.08	.680	.12	.523	.21	.137
- Borderline-PS	.17	.358	.03	.855	.12	.530	.23	.112
- Antisoziale PS <sup>d)</sup>	.12	.523	-.16	.397	.00	.993	.21	.150

Anmerkungen. *r* = Korrelationskoeffizient nach Pearson (falls nicht anders angegeben), *p* = zweiseitige Signifikanz. (Marginal) signifikante Korrelationen sind fett markiert. Kat = Katamnese, KT = Komplizierte Trauer, PS = Persönlichkeitsstörung, SCL-GSI = Symptom-Checkliste-90-R-Global Severity Index, PDS = Posttraumatische Diagnoseskala, PPR = Posttraumatische Persönliche Reifung, SKID-II = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse II) - Fragebogenform;

<sup>a)</sup> kodiert mit 1 = männlich, 2 = weiblich, <sup>b)</sup> kodiert mit 0 = nein, 1 = ja, <sup>c)</sup> kodiert mit 1 = natürlich, 2 = unnatürlich, <sup>d)</sup> Spearman-Rangkorrelation, <sup>e)</sup> *N* = 47 / *n* = 33, <sup>f)</sup> *N* = 48 / *n* = 33, <sup>g)</sup> *N* = 43 / *n* = 29, <sup>h)</sup> *n* = 22, <sup>i)</sup> *N* = 50 / *n* = 32

<sup>+</sup> *p* ≤ .10, <sup>\*</sup> *p* < .05, <sup>\*\*</sup> *p* < .01

In Tabelle 26 wurden signifikante bzw. marginal signifikante Variablen fett markiert. Wie zu sehen ist, weist das Alter einen signifikanten und relativ starken Zusammenhang mit dem RGS Prä-Post auf. Er weist durch sein positives Vorzeichen darauf hin, dass sich jüngere Personen im Therapiezeitraum mehr in ihrer Trauersymptomatik verbesserten als ältere. Für das anschließende therapiefreie Intervall war dies jedoch nicht mehr der Fall. Hier zeigt die annähernd mittelstarke Korrelation sogar ein negatives Vorzeichen, was



Vorteile eher für die älteren Personen nahelegen würde. Über den gesamten Zeitraum von Therapiebeginn bis Katamnese betrachtet, gleichen sich diese gegensätzlichen Tendenzen dann in der Art aus, dass der Zusammenhang fast gänzlich verschwindet. Die Familienstands-Kategorien wurden zu der dichotom kodierten Variable *In Partnerschaft lebend (ja/nein)* zusammengeführt. Sie wies, ebenso wie das Geschlecht, keine bedeutsamen Zusammenhänge mit den vier RGSs auf.

Der Verlust eines Kindes zeigt sich durchgehend positiv korreliert mit allen RGSs, was auf weniger Trauersymptom-Reduktion bei dieser besonders schweren Verlustart hinweist. Der Zusammenhang erweist sich für die Zeiträume Prä-Post und Prä-Katamnese als mittelgroß und tendenziell signifikant, für das Zeitintervall zwischen Therapieende und Katamnese ist er jedoch zu gering, um statistisch abgesichert werden zu können. Auch die Todesart scheint für alle Studienabschnitte eine Rolle zu spielen. Eine unnatürliche Todesursache, wie Unfall, Mord oder Suizid, ist mit geringerer Symptomreduktion verbunden. Diese Variable hängtst allerdings stark mit dem Verlust eines Kindes zusammen, da die Todesursache der Kinder in 80% der Fälle eine unnatürliche war, während nur 22% der anderen Personen eines unnatürlichen Todes gestorben waren. Der Zeitabstand zum Verlust korreliert nur über den gesamten Studienzeitraum betrachtet (marginal) signifikant mit dem RGS, und zwar für die ITT-Stichprobe stärker als für die Therapie+Katamnese-Completer. Die negative Korrelation weist hierbei auf eine stärkere Symptomverbesserung bei größerem Zeitabstand zum Verlust hin.

Im Bereich der Persönlichkeitsmerkmale zeigen sich statistisch bedeutsame Zusammenhänge nur mit den RGSs Prä-Katamnese. Bezogen auf die Therapie+Katamnese-Completer ist dies für zwanghafte Anteile der Fall, hinsichtlich der Gesamtstichprobe für paranoide. Das Erzielen eines höheren Scores ist hierbei jeweils mit geringerem Therapieerfolg verbunden.

Bedeutsame Zusammenhänge mit dem Ausmaß an komplizierter Trauer, an allgemeiner psychopathologischer oder an posttraumatischer Belastung vor Aufnahme der Therapie konnten nicht gefunden werden. Auch das anfänglich angegebene posttraumatische Wachstum zeigte sich ohne nennenswerten Einfluss. Die Ausprägungen dieser Variablen zum Posttreatment-Zeitpunkt wiesen ebenfalls keine signifikanten Korrelationen auf, wobei diese im Rahmen der Prädiktorenermittlung nur für das Katamneseintervall (RGS Post-Katamnese) relevant ist.

### 3.4.1.2 Regressionsanalysen

Zum Auffinden möglichst aussagekräftiger Vorhersagemodelle wurden sowohl alle (marginal) signifikanten Korrelate der RGSs (Tabelle 26, fettgedruckte Variablen) als auch diejenigen Variablen, die für den jeweils interessierenden Zeitraum Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern markierten (Tabelle 25), als potentielle Prädiktoren des Therapieerfolgs in Betracht gezogen. Sie gingen als unabhängige Variablen in die Berechnungen ein. Die Variable *Zeitabstand zum Verlust* wurde aufgrund ihres starken Abweichens von der Normalverteilung vor Aufnahme in die Regressionsanalysen mittels Log-Transformation normalisiert. Als abhängige Variablen dienten die jeweiligen Trauer-RGSs. Es wurde für jeden der vier RGS ein multiples lineares Regressionsmodell berechnet, die Modellselektion erfolgte mittels *schrittweiser* Methode. Die auf diese Weise ermittelten, jeweils besten Modelle sind in den Tabellen 27 - 29 (Completeranalyse) und 30 (ITT-Analyse) aufgeführt.

Tabelle 27 zeigt das aussagekräftigste Regressionsmodell zur Vorhersage des kurzfristigen Therapieerfolgs, gemessen anhand des RGS zwischen Pre- und Posttreatment. Es umfasst die Prädiktoren Alter und Todesart und leistet mit einem  $R^2$  von .32 und einem korrigierten  $R^2$  von .27 einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Trauersymptomreduktion im Verlauf der Therapie ( $F(2,29) = 6.73$ ,  $p = .004$ ). Aufgrund des positiven Vorzeichens der Regressionsgewichte und der Art der Variablenkodierung kann man davon ausgehen, dass sowohl ein geringeres Alter als auch eine natürliche Todesursache mit einem größeren kurzfristigen Therapieerfolg verbunden sind, wobei der spezifische Vorhersagebeitrag des Alters der stärkere ist und der Prädiktor *Todesart* nur marginal signifikant ist.

Tabelle 27

*Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Prä-Post*

Prädiktoren	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Alter</b>	0.03	.01	.48	3.13	.004**
<b>Todesart<sup>a)</sup></b>	0.47	.27	.27	1.74	.092 <sup>+</sup>

Anmerkungen.  $N = 33$ ,  $R^2 = .32$ , korrigiertes  $R^2 = .27$ , <sup>a)</sup> kodiert mit 1 = natürlich, 2 = unnatürlich;  
<sup>+</sup>  $p \leq .10$ , <sup>\*\*</sup>  $p < .01$

Für die Vorhersage der Trauer-Symptomentwicklung zwischen Therapieende und Nachuntersuchung ergab sich als bestes Modell das in Tabelle 28 dargestellte. Eine natürliche Todesursache, eine geringere Anzahl zwanghafter Persönlichkeitsmerkmale, ein höheres Alter und – in diskreterem, nur tendenziell signifikantem Ausmaß – ein

größerer Zeitabstand zum Todeszeitpunkt scheinen jeweils eine positive Auswirkung auf die Symptomentwicklung während des therapiefreien Intervalls zu haben. Das Modell überschreitet die Signifikanzgrenze ( $F(4,26) = 3.68$ ,  $p = .017$ ) und klärt gut ein Viertel der Varianz auf ( $R^2 = .36$ , korrigiertes  $R^2 = .26$ ).

Tabelle 28

*Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Post-Katamnese*

Prädiktoren	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Todesart<sup>a)</sup></b>	0.70	.26	.44	2.72	.011*
<b>Zwanghafte PS</b>	0.16	.07	.38	2.35	.027*
<b>Alter</b>	-0.02	.01	-.33	-2.07	.049*
<b>Zeitabstand zum Verlust<sup>b)</sup></b>	-0.40	.24	-.27	-1.71	.100 <sup>+</sup>

Anmerkungen.  $N = 32$  (ein SKID-II-Fragebogen fehlend),  $R^2 = .36$ , korrigiertes  $R^2 = .26$ , PS = Persönlichkeitsstörung; <sup>a)</sup> kodiert mit 1 = natürlich, 2 = unnatürlich, <sup>b)</sup> log-transformiert;

<sup>+</sup>  $p \leq .10$ , \*  $p < .05$

Über den gesamten Studienzeitraum hinweg betrachtet, also von Therapiebeginn bis Katamnese, ergab sich ein Vorhersagemodell mit den drei Prädiktoren *Todesart*, *zwanghafte Persönlichkeitsanteile* und *Zeitabstand zum Verlust* (siehe Tabelle 29). Den stärksten Beitrag zur Varianzaufklärung liefert dabei die Todesart: Eine natürliche Todesursache ist mit mehr Therapieerfolg in diesem Zeitraum verbunden. Auch ein geringeres Ausmaß an zwanghaften Persönlichkeitsanteilen und ein längerer Zeitabstand zum Verlust wirken sich dem Modell zufolge positiv aus. Die Prädiktoren leisten insgesamt einen relativ hohen und signifikanten Vorhersagebeitrag ( $R^2 = .42$ , korrigiertes  $R^2 = .36$ ,  $F(3,28) = 6.81$ ,  $p = .001$ ).

Tabelle 29

*Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Prä-Katamnese (Completer-Analyse)*

Prädiktoren	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Todesart<sup>a)</sup></b>	0.90	.26	.51	3.43	.002**
<b>Zwanghafte PS</b>	0.21	.07	.44	2.97	.006**
<b>Zeitabstand zum Verlust<sup>b)</sup></b>	-0.55	.24	-.33	-2.29	.030*

Anmerkungen.  $N = 32$  (ein SKID-II-Fragebogen fehlend),  $R^2 = .42$ , korrigiertes  $R^2 = .36$ , PS = Persönlichkeitsstörung; <sup>a)</sup> kodiert mit 1 = natürlich, 2 = unnatürlich, <sup>b)</sup> log-transformiert;

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Auf die Gesamtstichprobe bezogen (ITT-Analyse) kristallisierte sich für den Zeitraum von Therapiebeginn bis Katamnese ein Modell mit zwei signifikanten Prädiktoren heraus, welches rund ein Fünftel der in dieser Zeit stattfindenden Trauersymptomveränderung aufklärt ( $R^2 = .22$ , korrigiertes  $R^2 = .18$ ,  $F(2,47) = 6.44$ ,  $p = .003$ ; siehe Tabelle 30). Demnach haben, über alle ursprünglichen Studienteilnehmer hinweg betrachtet, ein kürzerer Zeitabstand zum Verlust sowie eine höhere Anzahl paranoiden Persönlichkeitsmerkmale einen ungünstigen Einfluss auf die längerfristige Symptomverringering.

Tabelle 30

*Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Prä-Katamnese (ITT-Analyse)*

Prädiktoren	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Zeitabstand zum Verlust<sup>a)</sup></b>	-0.55	.20	-.35	-2.71	.009**
<b>Paranoide PS</b>	0.11	.04	.33	2.53	.015*

Anmerkungen. *N* = 50 (ein SKID-II-Fragebogen fehlend),  $R^2 = .22$ , korrigiertes  $R^2 = .18$ ; PS = Persönlichkeitsstörung, <sup>a)</sup> log-transformiert

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Für alle beschriebenen Modelle wurden die geforderten Voraussetzungen zur Durchführung einer multiplen linearen Regressionsanalyse überprüft. Von linearen Zusammenhängen zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium kann nach Betrachtung der entsprechenden Streudiagramme ausgegangen werden. Multikollinearität zwischen den Prädiktoren und Autokorrelation liegen gemäß der von SPSS ausgegebenen Kollinearitätsangaben und der Durbin-Watson-Statistik in keinem der Modelle vor. Die Normalverteilung der Residuen wurde mittels Histogrammen, Q-Q-Diagrammen, Untersuchung auf Ausreißerwerte und Shapiro-Wilk- sowie Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft und für alle Modelle als gegeben erachtet. Auch Linearität und Homoskedastizität der Residuen wurden nach Betrachtung der entsprechenden Streudiagramme als vorhanden angesehen. Der relativ geringe Stichprobenumfang ist zwar insbesondere für das Post-Katamnese-Vorhersagemodell mit seinen vier Prädiktoren problematisch; in Anbetracht der Tatsache, dass es sich um eine explorative Analyse und nicht um eine Hypothesentestung handelt, wurde dies zwar toleriert, sollte jedoch bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Da sich die Variable *Zeitabstand zum Verlust* sowohl für die Therapie+Katamnese-Completer als auch für die Gesamtstichprobe als signifikanter Prädiktor des längerfristigen Therapieerfolgs erwies, und da sie darüber hinaus in der Gesamtstichprobe Responder von Non-Respondern sowie Dropouts von Therapie-Completern differenzierte (siehe Tabellen 14 und 25), wurde untersucht, was Personen mit geringerem von denen mit größerem Zeitabstand unterschied. Dazu wurde die Variable mittels Mediansplit in zwei Gruppen unterteilt und es wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-*U*-Tests bzw. Chi<sup>2</sup>-Tests zur Unterschiedsprüfung herangezogen. Die Gruppe mit kürzerem Zeitabstand (bis zwei Jahre) wies innerhalb der Gesamtstichprobe signifikant mehr posttraumatische Belastungssymptomatik zum Pretreatment-Zeitpunkt auf ( $M = 29.64$ ,  $SD = 12.32$  versus  $M = 22.33$ ,  $SD = 9.32$ ;  $t(47) = 2.33$ ,  $p = .024$ ). Hinsichtlich soziodemographischer, verlustspezifischer und Persönlichkeits-Charakteristiken oder der Ausgangsbelastung in komplizierter Trauer oder allgemeiner Psychopathologie unterschieden sich die beiden Gruppen jedoch nicht bedeutsam. Innerhalb der Therapie+Katamnese-Completer-Stichprobe wurden keinerlei signifikante Unterschiede gefunden, obwohl ein zwar insignifikanter, aber deskriptiv sichtbarer, höherer Mittelwert in PTBS-Symptomatik auch hier bei der Gruppe mit kürzerem Zeitabstand vorhanden war (29.79 vs. 24.27 Punkte,  $t(27) = 1.48$ ,  $p = .151$ ). In Abbildung 17 ist der flachere Symptommrückgang der Gruppe mit kürzerem Zeitabstand zum Verlust innerhalb der Gesamtstichprobe (ITT) ersichtlich.

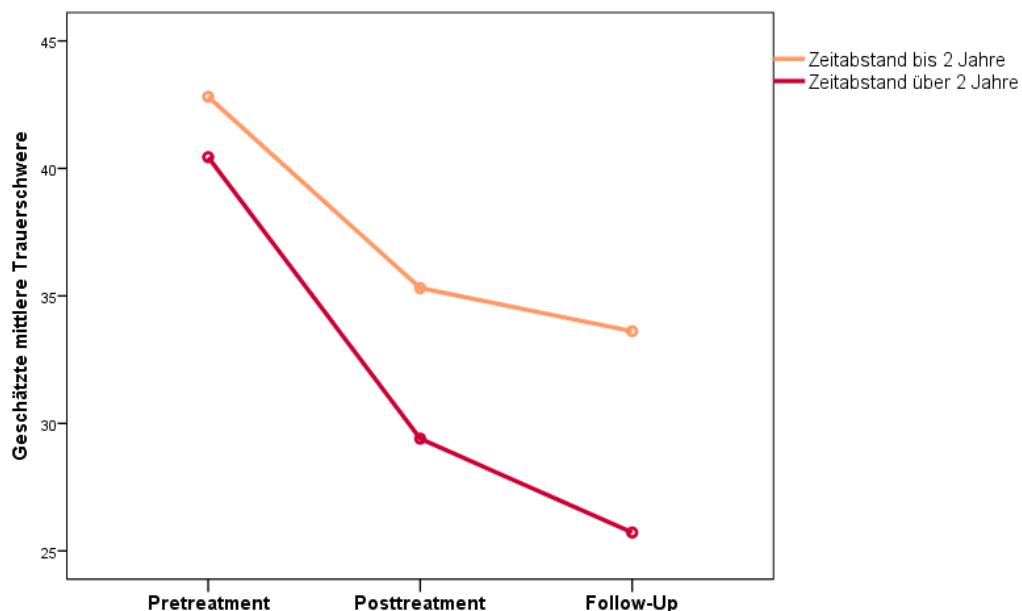


Abbildung 17. Verlauf der Trauerschwere über drei Messzeitpunkte für die Gruppen mit kürzerem versus längerem Zeitabstand zum Verlust innerhalb der Gesamtstichprobe (N = 51; Median = 2.0)

### 3.4.2 Auswertung des Nachbefragungsbogens

#### 3.4.2.1 Einschätzung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

Im Nachbefragungsbogen wurden die Teilnehmer gebeten, ihre aktuelle Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen einzuschätzen. Die sechsstufige Ratingskala reichte von 1 = *sehr unzufrieden* bis 6 = *sehr zufrieden* (Original-Fragebögen siehe Anhang 7). Die minimalen und maximalen angegebenen Werte sowie die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 31 aufgelistet.

Tabelle 31

*Subjektive Einschätzung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen durch die Follow-Up-Completer*

	<i>N</i>	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zufriedenheit Arbeit	37	1.00	6.00	3.68	1.73
Zufriedenheit Wohnen	39	2.00	6.00	4.67	1.47
Zufriedenheit Finanzen	40	1.00	6.00	3.88	1.36
Zufriedenheit Freizeit	40	1.00	6.00	3.95	1.41
Zufriedenheit Gesundheit	40	1.00	5.00	3.10	1.30
Zufriedenheit Familie	40	1.00	6.00	3.65	1.37
Zufriedenheit Beziehungen	40	1.00	6.00	3.65	1.58
Zufriedenheit Leben insgesamt	40	1.00	6.00	3.63	1.29

An den Minimum- und Maximum-Werten sieht man, dass die Bandbreite der Antwortmöglichkeiten fast vollständig ausgeschöpft wurde. Die Mittelwerte liegen ungefähr im mittleren Bereich der Skala (exakte Mitte = 3.5), nur der Bereich Wohnen hebt sich in positiver Hinsicht von den anderen Bereichen ab. Am schlechtesten wurde die Zufriedenheit mit der Gesundheit eingeschätzt. Aufgrund fehlender Normalverteilung der Variablen wurden die weiteren Analysen mittels nonparametrischer Verfahren durchgeführt. Mit Mann-Whitney-*U*-Tests (exakte Tests, zweiseitige Signifikanz) wurden Unterschiede in den einzelnen Zufriedenheitswerten zwischen Therapie-Completern und Dropouts explorativ analysiert. Es fanden sich signifikante Unterschiede in den Bereichen *Arbeit* ( $z = -3.09$ ,  $p = .001$ ), *Gesundheit* ( $z = -2.36$ ,  $p = .018$ ), *Beziehungen* ( $z = -2.72$ ,  $p = .006$ ) und *Leben insgesamt* ( $z = -3.04$ ,  $p = .001$ ). Die Dropouts gaben in diesen Bereichen deutlich weniger Zufriedenheit an als die Completer. Die aufgrund der mehrfachen Testung empfohlene Alphafehler-Korrektur würde bei einem korrigierten Alpha-Niveau von  $\alpha = .05/8 = .006$  nur noch einen signifikanten Unterschied in den beiden Bereichen *Arbeit* und *Lebenszufriedenheit insgesamt* zwischen den beiden

Gruppen ergeben. Des Weiteren gibt es bei den meisten Zufriedenheitswerten signifikante Zusammenhänge mit den Punktwerten im Trauerinterview zum Follow-Up-Zeitpunkt. Es wurden hierfür Spearman-Rangkorrelationen gerechnet, die signifikanten Ergebnisse sind in Tabelle 32 angegeben. Wie man an den negativen Korrelationen sehen kann, ist eine geringere Trauerschwere mit einer größeren Zufriedenheit verbunden. Die Korrelationskoeffizienten liegen alle knapp unter bzw. über  $r_s = .50$  und sind somit als große Effekte anzusehen. Eine kausale Interpretation ist allerdings nicht möglich. Es kann sowohl eine geringere Trauersymptomatik mehr Lebenszufriedenheit verursachen als auch eine höhere Lebenszufriedenheit zu geringerem subjektiven Trauererleben beitragen.

Tabelle 32

*Signifikante Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen und dem Katamnese-Trauer-Outcome*

	<i>N</i>	Spearman- <i>Rho</i>	<i>p</i> (2-seitig)
Zufriedenheit Arbeit	35	-.526	.001**
Zufriedenheit Freizeit	38	-.537	.001**
Zufriedenheit Gesundheit	38	-.458	.004**
Zufriedenheit Familie	38	-.538	<.001***
Zufriedenheit Beziehungen	38	-.590	<.001***
Zufriedenheit Leben insgesamt	38	-.591	<.001***

Anmerkungen. \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

#### 3.4.2.2 Einschätzung der Veränderungen seit dem Therapieende bzw. Dropoutzeitpunkt

Die Teilnehmer wurden nach Veränderungen ihres körperlichen Gesundheitszustandes, ihres seelischen Wohlbefindens und ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit seit dem Therapieende bzw. dem Dropout-Zeitpunkt befragt. Sie konnten ihre diesbezügliche Einschätzung in einer fünfstufigen Ratingskala von *deutlich verschlechtert* über *etwas verschlechtert*, *nicht verändert*, *etwas gebessert* bis *deutlich gebessert* ankreuzen. Für die Auswertung wurden die fünf Stufen von -2 (*deutlich verschlechtert*) bis +2 (*deutlich gebessert*) kodiert. Wie Tabelle 33 zu entnehmen ist, wurden die Skalenwerte durch das Ankreuzverhalten der Teilnehmer voll ausgeschöpft. Die Mittelwerte der Angaben liegen zwischen 0.43 und 0.95, was auf lediglich geringfügige Verbesserungen im Verlauf des therapiefreien Intervalls hinweist. Diese liegen in den Bereichen *seelisches Wohlbefinden* und *allgemeine Lebenszufriedenheit* etwas höher als im Bereich *körperliche Gesundheit*.

Tabelle 33

*Subjektive Einschätzung der Veränderungen seit dem Therapieende bzw. dem Dropout-Zeitpunkt in drei Bereichen durch die Follow-Up-Completer*

	<i>N</i>	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Veränderung körperliche Gesundheit	40	-2.00	2.00	0.43	1.34
Veränderung seelisches Wohlbefinden	40	-2.00	2.00	0.95	1.08
Veränderung allgemeine Lebenszufriedenheit	40	-2.00	2.00	0.93	1.05

Auch hier wurden wegen fehlender Normalverteilung der Werte die nachfolgenden Untersuchungen mit nonparametrischen Verfahren durchgeführt. Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts wurden mit Mann-Whitney-*U*-Tests (exakte Tests, zweiseitig) auf statistische Bedeutsamkeit untersucht. Alle drei Tests zeigten ein signifikantes bzw. marginal signifikantes Ergebnis auf: Die Dropouts zeigten weniger positive Veränderungen in ihrer körperlichen Gesundheit ( $z = -1.74$ ,  $p = .080$ ), in ihrem seelischen Wohlbefinden ( $z = -3.30$ ,  $p < .001$ ) und in ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $z = -2.04$ ,  $p = .042$ ) als die Completer. Bei Alpha-Korrektur aufgrund der Mehrfachtestung beträgt das Alpha-Niveau  $\alpha = .017$ , womit nur noch die Veränderung des seelischen Wohlbefindens einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Dropouts und Completern aufweist. Wiederum konnten signifikante Zusammenhänge mit dem Trauer-Score zum Katamnesezeitpunkt gefunden werden: Mehr positive Veränderungen in der körperlichen Gesundheit ( $r_s = -.38$ ,  $p = .019$ ,  $n = 38$ ), im seelischen Wohlbefinden ( $r_s = -.51$ ,  $p = .001$ ,  $n = 38$ ) und in der allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $r_s = -.53$ ,  $p = .001$ ,  $n = 38$ ) waren mit deutlich geringerer Trauerschwere bei der Katamneseerhebung verbunden. Zumindest marginal signifikant bleiben diese Korrelationen auch nach der Alpha-Adjustierung.

#### 3.4.2.3 Arbeitsunfähigkeit

Die Angaben der Patienten zum Ausmaß ihrer Arbeitsunfähigkeit in der Zeit zwischen Therapieende bzw. Dropoutzeitpunkt und Katamnese wurden mittels Mann-Whitney-*U*-Test auf signifikante Unterschiede zwischen Dropouts und Completern untersucht. Nur die Angaben der 25 Teilnehmer, welche auch tatsächlich berufstätig waren, wurden in die Analyse aufgenommen. Es zeigte sich, dass die sechs Dropouts in diesem Zeitraum signifikant mehr krankgeschrieben waren als die 19 Completer ( $z = -2.52$ ,  $p = .008$ ). Mit



der Trauerschwere zum Follow-Up-Zeitpunkt korrelierte die Arbeitsunfähigkeit nicht signifikant.

#### 3.4.2.4 Auftreten weiterer belastender Ereignisse

Durchschnittlich wurden von den Follow-Up-Completern 1.35 ( $SD = 1.12$ ; Modus = 1.0, Median = 1.0) weitere, während der Follow-Up-Periode erlebte, belastende Ereignisse berichtet. 32 (80%) von ihnen hatten mindestens ein weiteres belastendes Ereignis, acht (20%) hatten keines erlebt. 19 (48%) berichteten von einem einzigen Ereignis, sieben (18%) von zwei, drei von drei (8%) und drei (8%) sogar von vier belastenden Ereignissen. Welche Arten von Ereignissen zur Auswahl standen, kann im Nachbefragungsbogen in Anhang 7 unter Item 7 gesehen werden. Von einem weiteren Todesfall berichteten insgesamt acht Personen (20%), und zwar vier der Dropouts (50%) und vier der Completer (13%), was einen signifikanten Unterschied in den Prozentanteilen darstellt (standardisierte Statistik = -2.34,  $p = .037$ ; *exakter Test nach Fisher*). Insgesamt, also über alle Ereignisse hinweg betrachtet, unterschied sich die Häufigkeit für diese beiden Gruppen jedoch nicht. Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Erleben weiterer belastender Ereignisse und dem Katamnese-Outcome wurden untersucht. Zwischen der Anzahl erlebter Ereignisse und der Trauerschwere zum Katamnesezeitpunkt besteht kein signifikanter Zusammenhang. Auch wenn man die verschiedenen Ereignisse einzeln betrachtet ergeben sich jeweils keine signifikanten Korrelationen mit der Katamnese-Trauerschwere. Die Zusammenhänge zwischen der Anzahl erlebter, belastender Ereignisse, sowie speziell dem Erleben eines weiteren Todesfalls, und den RGSs Post-Katamnese oder Prä-Katamnese waren ebenfalls nicht signifikant von Null verschieden.

#### 3.4.2.5 Auftreten neuer, andersartiger Beschwerden

Bei 13 (33%) der Katamneseteilnehmer traten im therapiefreien Intervall neue, andersartige körperliche Beschwerden auf, bei neun (23%) neue seelische Beschwerden. Das Auftreten neuartiger Beschwerden zeigte eine signifikante Korrelation mit dem Follow-Up-Trauer-Outcome: Personen mit neuen körperlichen bzw. seelischen Beschwerden in diesem Zeitraum gaben eine stärkere Trauersymptomatik bei der Katamnese an ( $r = .36$ ,  $p = .026$  bzw.  $r = .38$ ,  $p = .018$ ). Die Dropouts unterschieden sich nicht signifikant von den Completern im Auftreten neuer Beschwerden.

#### 3.4.2.6 Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote und Therapien

Weitere Hilfsangebote wurden von den Untersuchungsteilnehmern auch während der Follow-Up-Periode in Anspruch genommen. Wie aus Abbildung 18 ersichtlich ist, wurden

am häufigsten Ärzte und am zweithäufigsten Psychotherapeuten aufgesucht. Die Gesamthäufigkeit der angegebenen Kontakte zu den diversen Hilfsangeboten stand in einem nur tendenziell signifikanten Zusammenhang zur Trauerschwere bei der Katamnese-Untersuchung ( $r_s = .29, p = .078$ ). Die positive Korrelation zeigt an, dass ein häufigeres Aufsuchen von Hilfsangeboten mit einer stärkeren Trauersymptomatik in Zusammenhang stand. Mit der Trauerschwere Posttreatment sowie mit den RGSs Prä-Post, Post-Katamnese und Prä-Katamnese ergaben sich keine nennenswerten Zusammenhänge. Vergleicht man Dropouts mit Therapie-Completern hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Kontaktaufnahme zu weiteren Hilfsangeboten, so ist kein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen zu finden.

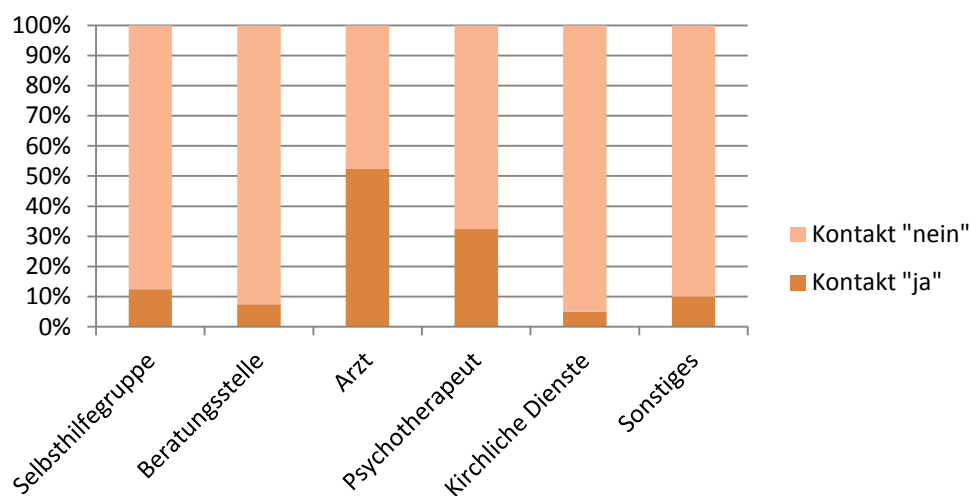


Abbildung 18. Anteil an Personen mit Kontaktaufnahme zu verschiedenen Hilfsangeboten während des Katamnese-Intervalls innerhalb der Katamnese-Stichprobe

Weitere ambulante psychotherapeutische Behandlungen gaben 13 der 40 Follow-Up-Completer (33%) an, wobei die Anzahl der Sitzungen von zwei bis 40 reichte. Die durchschnittliche Anzahl in Anspruch genommener Therapieeinheiten betrug für diese 13 Personen rund 23 Sitzungen ( $SD = 11.49$ , Median = 24.0). Für die gesamte Katamnese-Stichprobe lag der Mittelwert bei 7.33 Sitzungen ( $SD = 12.45$ ), der Median allerdings bei null (siehe Abbildung 19). Die meisten Personen mit Psychotherapie im Katamneseintervall waren Patienten, die die Behandlung nach Ablauf der vorgesehenen 25 Sitzungen im Rahmen einer Verlängerungsbewilligung der Krankenkassen an der Hochschulambulanz fortgeführt und somit weiterhin spezifische Trauertherapie erhalten hatten ( $n = 9$ )<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die nachuntersuchte Patientin mit fehlendem Nachbefragungsbogen, die zu den Therapie-Completern gehört, wurde aus allen Analysen ausgeschlossen, die diesen Fragebogen betreffen. Auch sie hat jedoch – wie aus den Akten ersichtlich – die Therapie an der Ambulanz verlängert.

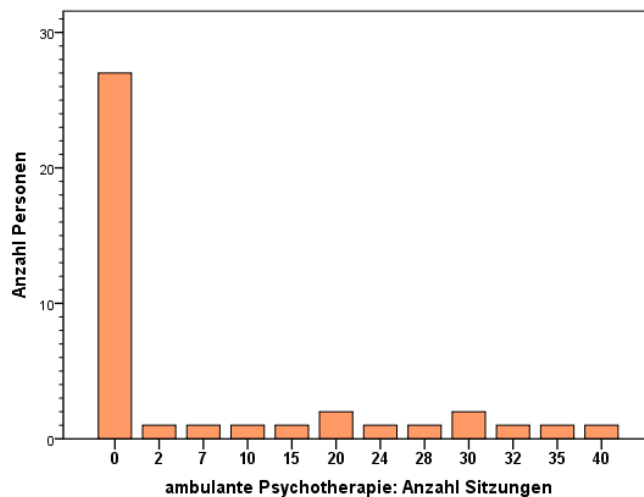


Abbildung 19. Anzahl in Anspruch genommener Psychotherapiesitzungen während des Katamnese-Intervalls durch die Katamnese-Teilnehmer ( $n = 40$ )

Stationäre psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Behandlungen wurden von fünf Personen (13%) während des Katamneseintervalls aufgenommen. Da die meisten Patienten keine derartige Behandlung in Anspruch genommen hatten, lag der Median, bezogen auf die Gesamt-Katamnese Stichprobe, bei  $Md = 0$  Wochen Klinikaufenthalt. Bezogen auf die oben genannten fünf Personen lag er bei  $Md = 6$ , der Mittelwert bei  $M = 20.0$  ( $SD = 32.50$ ,  $Spannweite = 2 - 78$ ). Abbildung 20 zeigt die Häufigkeit der Inanspruchnahme weiterer Therapieangebote während des Katamnese-Intervalls, unterteilt nach ambulanter und stationärer Therapie.

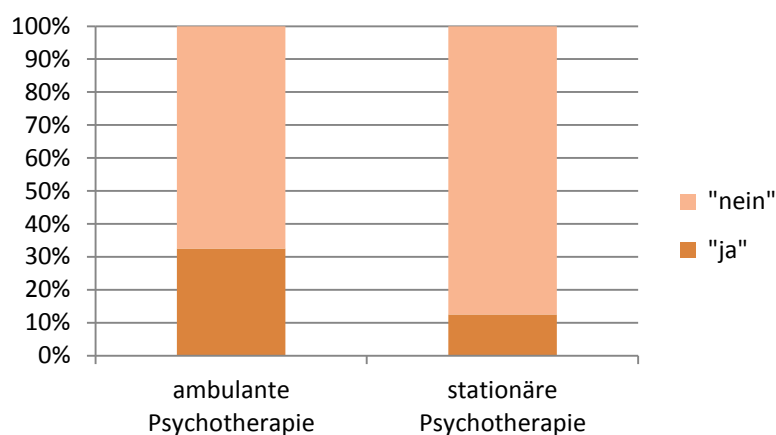


Abbildung 20. Prozentualer Anteil der Katamnese-Teilnehmer mit Inanspruchnahme weiterer ambulanter oder stationärer Psychotherapie während des Katamnese-Intervalls

Die Untersuchung auf signifikante Zusammenhänge der ambulanten und stationären Behandlungen mit dem Trauer-Outcome ergaben folgende Ergebnisse: Eine *stationäre*

psychiatrische oder psychosomatische Behandlung zwischen Posttreatment und Katamnese war marginal signifikant mit einer höheren Trauersymptomatik zum Katamnese-Zeitpunkt verbunden ( $r_s = .27$ ,  $p = .10$ ). Mit den Trauer-RGSs Prä-Post, Post-Katamnese und Prä-Katamnese ergaben sich keine bedeutsamen Korrelationen. Eine *ambulante* psychotherapeutische Behandlung zeigte weder mit der Trauersymptomatik zum Posttreatment- noch zum Follow-Up-Zeitpunkt bedeutsame Zusammenhänge. Allerdings wies sie mit dem Trauer-RGS Post-Katamnese eine (marginal) signifikante Korrelation auf ( $r_s = -.35$  und  $p = .047$  für die Anzahl der Sitzungen,  $r_s = -.33$  und  $p = .064$  für die dichotom kodierte Variable *Therapie ja/nein*). Der negative Zusammenhang bedeutet hier, dass die Fortführung oder Wiederaufnahme einer Psychotherapie bzw. die Anzahl der erfolgten Therapiesitzungen mit einer stärkeren Trauersymptomreduktion während des Katamneseintervalls verbunden war. Bei Einschluss in die oben geschilderte Regressionsanalyse (in log-transformierter Form) zur Vorhersage der Trauersymptomverbesserung im Zeitraum Post-Katamnese verliert dieser Zusammenhang jedoch seine Bedeutung und liefert somit keinen einzigartigen Beitrag zur Varianzaufklärung. Es bestand außerdem eine marginal signifikante Korrelation der Anzahl ambulanter Therapiesitzungen mit dem RGS Prä-Post ( $r_s = .32$ ,  $p = .076$ ): Mehr zusätzliche Therapie nahmen im Katamnesezeitraum eher diejenigen in Anspruch, die im Verlauf der regulären Therapie weniger Therapieerfolg erzielt hatten. Mit dem RGS Prä-Katamnese zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge, weder mit der Aufnahme einer ambulanten noch einer stationären Therapie bzw. deren Sitzungsanzahl oder Dauer. Ebenso ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den im Rahmen der Nachbefragung untersuchten Dropouts und Therapie-Completern in der Aufnahme weiterer ambulanter oder stationärer Therapien.

Zur Veranschaulichung der beschriebenen Zusammenhänge weiterer ambulanter Therapiesitzungen mit dem KT-Outcome wurden speziell diejenigen neun Patienten näher betrachtet, die im Anschluss an die regulär vorgesehenen 20 bis 25 KT-Therapiesitzungen eine Verlängerung der Therapie an der Hochschulambulanz in Anspruch genommen hatten. Diese zusätzlichen Sitzungen unterlagen keinem manualisierten Vorgehen und wurden speziell an die Bedürfnisse der Patienten angepasst. Im Vergleich zu den 23 Patienten, die nach Abschluss der KT-Therapie diese nicht verlängert hatten, zeigten die „Therapie-Verlängerer“ einen signifikant anderen Trauersymptomverlauf über die drei Messzeitpunkte hinweg. Bei angenommener Sphärizität im Rahmen eines ALM mit Messwiederholung (Mauchly-Statistik = .999,  $p = .986$ ) ergab sich ein signifikanter Zeit x Gruppe-Interaktionseffekt ( $F(2,60) = 3.45$ ,  $p = .038$ ), welcher in Abbildung 21 dargestellt ist. Die „Therapie-Verlängerer“ verbesserten

sich während der regulären Therapiezeit weniger stark, holten dies jedoch im Verlauf der Therapieverlängerung während des Katamnese-Intervalls nach, so dass sie dann am Ende mit den „Nicht-Verlängerern“ in etwa gleich auflagen. Die deutlichen Unterschiede in den Prä-Post- und Post-Katamnese-Effektstärken bei ähnlich großen Prä-Katamnese-Effektstärken verdeutlichen diesen Verlauf (siehe Tabelle 34).

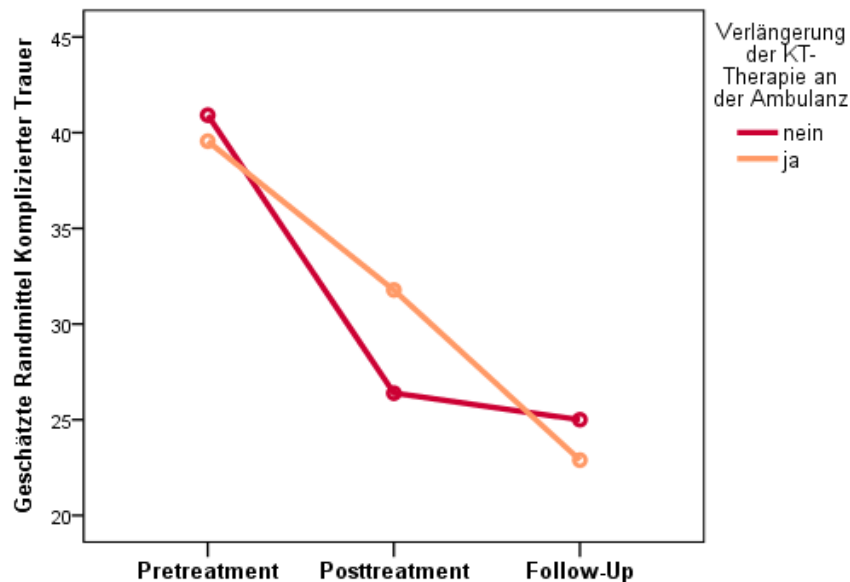


Abbildung 21. Verlauf der KT-Schwere über drei Messzeitpunkte, getrennt nach Patienten mit (n = 9) und ohne (n = 23) Therapieverlängerung an der LMU-Ambulanz

Tabelle 34

*KT-Symptomatik und Effektstärken für die Patienten mit und ohne Therapieverlängerung an der Hochschulambulanz (Therapie+Katamnese-Completer)*

	n	Prä	Post	Katamnese	d		
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	prä-post	post-Kat.	prä-Kat.
mit Verlängerung	9	39.56 (7.21)	31.78 (10.45)	22.89 (8.30)	0.87**	0.94**	2.14***
ohne Verlängerung	23	40.91 (5.35)	26.39 (9.47)	25.00 (8.97)	1.89***	0.15 <sup>ns</sup>	2.15***

Anmerkungen. d bezeichnet die Within-Group-Effektstärke nach Cohen

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , <sup>ns</sup> = nicht signifikant

Nun ist außerdem die Frage interessant, ob sich die „Therapie-Verlängerer“ von den übrigen Therapie+Katamnese-Completern in irgendeiner Hinsicht unterscheiden, da sie

ja mit etwa derselben Trauerschwere die Therapie begonnen hatten. Deshalb wurden Vergleiche mittels  $t$ -, Mann-Whitney- $U$ - und  $\chi^2$ -Tests angestellt. In soziodemographischen und verlustbezogenen Charakteristiken zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede. Die „Therapie-Verlängerer“ hatten jedoch signifikant häufiger eine komorbide somatoforme Störung (Somatisierungs- oder Schmerzstörung), was sich auch im signifikant höheren SCL-90-R-Somatisierungswert zu Pretreatment widerspiegelt. Direkt nach der regulären KT-Therapie (Posttreatment) waren sie neben einer weiterhin deutlich höheren Somatisierungstendenz auch in Depressivität und Ängstlichkeit sowie im SCL-Globalwert (GSI) signifikant stärker belastet als diejenigen, die die Therapie an der Ambulanz zu diesem Zeitpunkt abschlossen.

#### 3.4.2.7 Bewertung der Trauer-Therapie

Items 13 bis 19 des Nachbefragungsbogens (Versionen C und D2, siehe Anhang 7) betreffen die persönliche Einschätzung der an der Hochschulambulanz erhaltenen Therapie für komplizierte Trauer. Die Antwortmöglichkeiten sind jeweils vierfach abgestuft, wobei bei Items 13 bis 18 jeweils zwei unterschiedlich stark negativ bewertende und zwei unterschiedlich stark positiv bewertende Stufen vorhanden sind. Beispielsweise konnte die Frage, wie zufrieden man mit der Behandlung war, mit *sehr zufrieden*, *weitgehend zufrieden*, *eher unzufrieden* oder *sehr unzufrieden* beantwortet werden. Die Kodierung der Antworten erfolgte mit den Werten eins bis vier, wobei eins die negativste und 4 die positivste Variante darstellt. Lediglich bei Item 19, welches nach der Hilfestellung der Therapie hinsichtlich der Schicksalsannahme fragt, sind die Antwortmöglichkeiten nicht in zwei negative und zwei positive Antworten eingeteilt, sondern in vier Stufen von *überhaupt nicht* (kodiert mit 1), *ein wenig* (2), *erheblich* (3) bis *ganz erheblich* (4). Die Skalenmitte stellt für alle sieben Items jeweils der Wert 2.5 dar. Die Ergebnisse zu den einzelnen Items sind in Tabelle 35 dargestellt. Bei den meisten der Items 13 bis 18 wurden die Antwortkategorien zwei bis vier ausgeschöpft. Die Kategorie eins, also die negativste Antwortmöglichkeit, wurde nur bei Item 14 („Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie sich erwarteten?“) gewählt, und zwar von zwei Personen. Der Mittelwert dieser sechs Items liegt durchwegs mit über drei Punkten auf der positiven Seite des Antwortspektrums, auch der Median weist mit einem Wert von 3.00 bei allen Items in die positive Richtung. Bei Item 19 („Wie sehr hat Ihnen die Therapie dabei geholfen, Ihr Schicksal annehmen zu können?“) wurde die ganze Bandbreite der Antwortmöglichkeiten (von 1 bis 4) ausgeschöpft, der Mittelwert liegt hier mit 2.63 zwischen *ein wenig* und *erheblich*, der Median mit 3.00 bei *erheblich*.

Tabelle 35

*Bewertung der Trauer-Therapie durch die Follow-Up-Completer*

	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
I 13: Qualität der Behandlung	2.00	4.00	3.26	.60
I 14: erwartete Behandlung	1.00	4.00	3.16	.79
I 15: Weiterempfehlung	2.00	4.00	3.37	.63
I 16: Zufriedenheit mit Behandlung	2.00	4.00	3.37	.67
I 17: Beziehung zur Therapeutin	2.00	4.00	3.38	.61
I 18: Zustandsveränderung	2.00	4.00	3.29	.61
I 19: Schicksalsannahme	1.00	4.00	2.63	.88

Anmerkungen. *N* = 38 (ohne die zwei frühen Dropouts, da diese die Therapie überhaupt nicht begonnen hatten), I = Item

Da sämtliche dieser Items stark von der Normalverteilung abweichen, wurden die weiteren Analysen mit Hilfe nonparametrischer Verfahren durchgeführt. Es zeigten sich signifikante und starke Zusammenhänge aller sieben Therapiebewertungs-Items mit dem Katamnese-Trauer-Outcome (siehe Tabelle 36), die, bis auf diejenige des Items *Schicksalsannahme*, auch nach Alpha-Adjustierung signifikant blieben. Die negativen Korrelationskoeffizienten weisen darauf hin, dass eine positivere Bewertung der Therapie mit einer geringeren Trauerschwere einhergeht. Sie liegen fast alle über  $r_s = .50$  und sind somit als große Effekte zu beurteilen.

Tabelle 36

*Korrelationen zwischen den Therapiebewertungs-Items und der Trauerschwere zum Katamnese-Zeitpunkt*

	Spearman- <i>Rho</i>	<i>p</i> (2-seitig)
Qualität der Behandlung	-.642	<.001***
erwartete Behandlung	-.589	<.001***
Weiterempfehlung	-.570	<.001***
Zufriedenheit mit der Behandlung	-.575	<.001***
Beziehung zur Therapeutin	-.532	.001**
Zustandsveränderung	-.458	.005**
Schicksalsannahme	-.683	.007**
Summenwert über alle Items	-.660	<.001***

Anmerkungen. *N* = 36 (zwei Personen ohne KT-Katamnesewerte); \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Die Therapiebewertung über alle sieben Items hinweg fiel bei den sechs Dropouts im Vergleich zu den 32 Therapie-Completern deutlich schlechter aus ( $z = -3.18$ ,  $p = .001$ ).

Ebenso bewerteten die Non-Responder (N-R) die Behandlung wesentlich schlechter als die Responder (R), dies sowohl auf die Response im Therapiezeitraum als auch auf diejenige im Gesamtstudienzeitraum bezogen (Prä-Post: 15 R vs. 21 N-R:  $z = -3.33$ ,  $p = .001$ ; Prä-Katamnese: 21 R vs. 15 N-R:  $z = -2.44$ ,  $p = .014$ ). Dies spiegelt sich auch in den Korrelationen des Summenwerts mit den RGSs Prä-Post und Prä-Katamnese: Je stärker die Trauersymptomverbesserung in diesen Zeiträumen war, desto besser wurde die Therapie retrospektiv bewertet ( $r_s = -.44$ ,  $p = .012$ ,  $n = 32$  bzw.  $r_s = -.45$ ,  $p = .007$ ,  $n = 36$ ).

Item 20 fragt schließlich noch danach, wie sich die Therapie der komplizierten Trauer im Rückblick insgesamt auf den eigenen Zustand ausgewirkt hat. Die siebenstufige Skala reicht von *sehr negativ* bis *sehr positiv* und wurde mit Werten von -3 bis +3 entsprechend kodiert (siehe Abbildung 22). Nur eine Person, eine Therapie-Abbrecherin, die den Verlust ihres Kindes durch Suizid erlebt hatte, bewertete die Auswirkungen der Therapie als negativ („-1“), der Zusatz in Klammern lautet bei diesem Item: „Meine Schwierigkeiten haben eher etwas zugenommen“. Eine weitere Person wählte die Antwortkategorie „0“, das heißt sie hat keine feststellbaren Auswirkungen der Therapie bemerkt, weder positiver noch negativer Art. Alle anderen 35 Personen fanden, dass sich die Therapie auf sie positiv ausgewirkt hatte, und zwar in unterschiedlich starkem Ausmaß (+1 bis +3). Insgesamt ( $N = 37$ ) beträgt der Mittelwert bei diesem Item 1.54 ( $SD = 0.87$ ) und liegt somit zwischen *etwas positiven* („Ansatzweise konnten einige Schwierigkeiten gelöst werden.“) und *positiven* („Die meisten Schwierigkeiten konnte ich angehen oder beseitigen.“) Auswirkungen. Der Median liegt bei 1.0 (etwas positiv), die die Spannweite reicht von -1 bis +3.

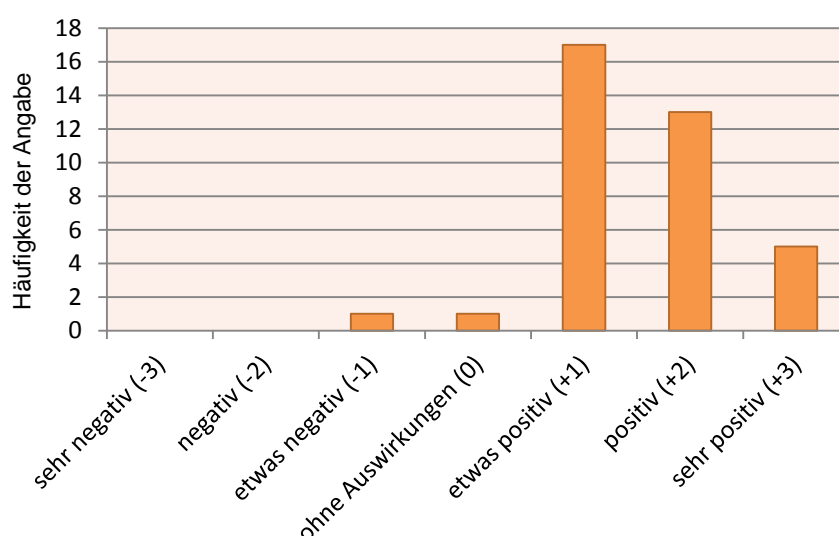


Abbildung 22. Ankreuzverhalten der Katamnese-Teilnehmer hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen der Trauer-Therapie ( $N = 37$ )



Die Korrelationen zwischen der Einschätzung der Therapiewirksamkeit und der Trauerschwere bei der Posttreatment- und Follow-Up-Diagnostik sowie dem RGS Prä-Post sind signifikant und stark ( $n = 32 - 35$ ,  $r_s = -.52$  bis  $-.67$ ,  $p_s \leq .002$ ), diejenige mit dem RGS Prä-Katamnese ist tendenziell signifikant und mittelstark ( $n = 35$ ,  $r_s = -.31$ ,  $p = .075$ ). Eine geringere Trauerschwere zu den Zeitpunkten direkt nach der Therapie und eineinhalb Jahre später sowie eine stärkere Trauersymptom-Reduktion im Verlauf der Therapiephase und des Gesamtstudienzeitraums sind demnach mit einer positiveren, retrospektiven Einschätzung der Therapiewirkungen verbunden.

Es konnten außerdem signifikante Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts sowie Respondern und Non-Respondern gefunden werden: Die Dropouts bewerteten die Therapiewirksamkeit ebenso wie die Non-Responder jeweils signifikant schlechter als die Completer bzw. Responder ( $z = -2.10$  bis  $-3.61$ ,  $p = .038$  bis  $<.001$ ; berechnet mittels Mann-Whitney-*U*-Tests).

#### 3.4.2.8 Angabe von Abbruchgründen durch die Dropouts

Zwei der insgesamt acht Dropouts, welche an der Katamnese teilgenommen hatten, waren sogenannte frühe Dropouts (D1), das heißt, sie beendeten die Studienteilnahme direkt nach der Randomisierung bzw. im Verlauf der Wartezeit und nahmen infolgedessen keine einzige Therapiesitzung wahr. Diejenigen Fragen zu den Abbruchgründen, die sich auf die Therapie oder die Therapeutin beziehen, mussten deshalb anders formuliert werden, wenn sie auch inhaltlich sehr ähnlich blieben. So wurden die therapiebezogenen Abbruchgründe mit „Vorbehalte gegenüber der Therapie“ bezeichnet und die einzelnen zugehörigen Items als auf die Therapie bezogene Erwartungsängste formuliert. Die Items bezüglich der Beziehung zur Therapeutin wurden mit „Wechsel von der Diagnostikerin zur Therapeutin“ bezeichnet. Da die Diagnostik-Phase durchschnittlich die fünf von den Krankenkassen genehmigten probatorischen Sitzungen umfasste, war oftmals bereits eine Vertrauensbeziehung zur Diagnostikerin entstanden, und der Wechsel zu der neuen, bisher noch unbekannten Person der Therapeutin erforderte doch eine gewisse Flexibilität und Offenheit. Der genaue Wortlaut der Fragen zu den Abbruchgründen kann in dem in Anhang 7 abgedruckten Nachbefragungsbogen eingesehen werden.

Da ein Dropout-Fall keine Angaben zu den Abbruchgründen machte, reduzierte sich für diese Auswertung die Anzahl der Dropout-Katamneseteilnehmer auf  $n = 7$ , zusammengesetzt aus zwei frühen Dropouts (D1) und fünf Therapie-Dropouts (D2). Nach einer offenen Frage bezüglich ihrer Abbruchgründe konnten alle Dropouts hinsichtlich einer Reihe von vorgegebenen, möglichen Gründen jeweils mit *ja* oder *nein* angeben, ob

die entsprechenden Gründe für ihren damaligen Studienabbruch eine Rolle gespielt hatten. Mehrfachantworten waren möglich und erwünscht. Die einzelnen Abbruchgründe sind in sechs Kategorien unterteilt und wurden unterschiedlich häufig angekreuzt (siehe Abbildung 23). Als häufigster Grund wurden Zeit-/Terminprobleme genannt (5 von 7 Dropouts, 71%). Darauf folgte das subjektive Empfinden, dass die Therapie zu anstrengend bzw. zu aufwendig sei (4 von 7 Dropouts, 57%) und dass sie zu viel aufgewühlt habe (3 von 7 Dropouts, 43%). Ebenfalls 43% der teilnehmenden Dropouts gaben an, zu viel privaten bzw. beruflichen Stress gehabt zu haben. Jeweils zwei (29%) fanden die Anfahrt schwierig, den Wartebereich zu öffentlich, dass die Therapie nicht geholfen oder die Situation sogar noch verschlimmert habe, sie Fremden zu viel von sich preisgeben mussten oder die Therapeutin unsympathisch war. Für jeweils eine Person (14%) spielten folgende Abbruchgründe (mit) eine Rolle: keine Kinderbetreuung, Wohnortwechsel, Notaufnahme in die Psychiatrie, Hochschulambulanz zu unpersönlich, Zuteilung zur Wartegruppe unzumutbar, Angst, die verstorbene Person durch die Therapie für immer zu vergessen/verlieren, Therapeutin nicht einfühlsam/verständnisvoll, lieber mit Diagnostikerin weitergemacht, Gefühl, psychisch krank gemacht zu werden oder schließlich keine Lust mehr gehabt zu haben. Die übrigen im Fragebogen aufgeführten Gründe wurden von keiner Person angekreuzt. Insgesamt wurde die Kategorie *Therapie* am häufigsten als Begründung für den Studienabbruch in Anspruch genommen, *Praktische Gründe* am zweithäufigsten. Die Beantwortung der offenen Eingangsfrage stimmte weitgehend mit den nachfolgend gewählten Antwortalternativen überein.

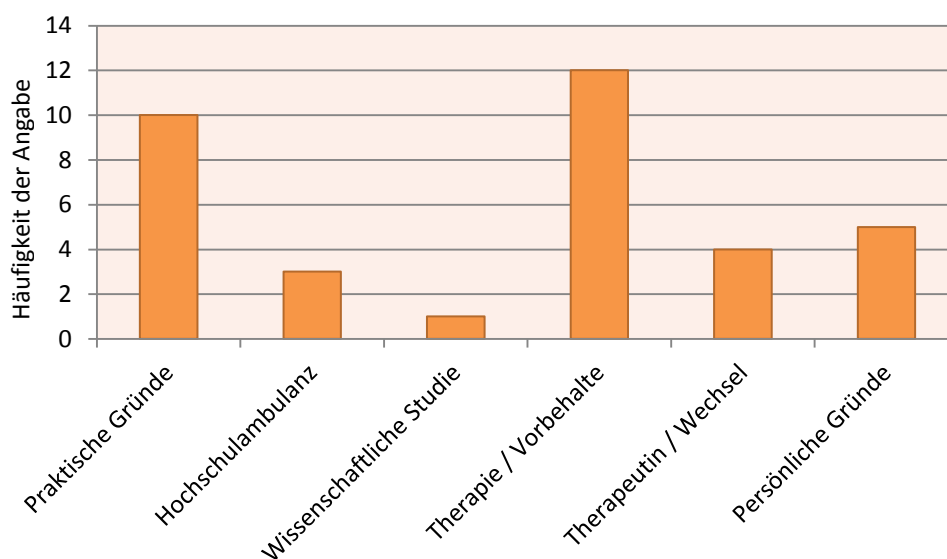


Abbildung 23. Häufigkeit der Angabe von Abbruchgründen innerhalb der einzelnen Antwortkategorien ( $n = 7$ ; Mehrfachangaben möglich)

## 4. Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es sollen zunächst die Ergebnisse der Untersuchung kurz zusammengefasst werden. Hinsichtlich der komplizierten Trauer konnte in der Katamneseerhebung der erwartete signifikante Symptommrückgang seit der Pretreatment-Messung sowohl für die Therapie+Katamnese-Completer als auch für die ITT-Stichprobe bestätigt werden, mit jeweils hohen Within-Effektstärken von  $d = 2.22$  bzw.  $1.24$ . Bezüglich der Gruppe der Dropouts ist in dieser Hinsicht keine klare Aussage zu treffen, da sich die Stabilitäts-Hypothese zwar nicht bestätigte, allerdings auch nicht von einer signifikanten Symptomentreduktion ausgegangen werden kann. Die Effektstärke ihrer Verbesserungen ist aber immerhin als mittelgradig einzustufen ( $d = 0.51$ ). Im direkten Gruppenvergleich zwischen Completern und Dropouts erwies sich sowohl für die Katamnese-Stichprobe als auch für die Gesamtstichprobe (ITT) jeweils die Trauerreduktion der Completer als signifikant stärker ausgeprägt als die der Dropouts. Die Betrachtung der Symptomentwicklung während des rund 18-monatigen Katamneseintervalls ergab für die Therapie+Katamnese-Completer eine weitere, (marginal) signifikante Verbesserung ihrer Trauersymptome, und zwar mit einer kleinen bis mittleren Effektstärke ( $d = 0.37$ ).

Eine Remission im Sinne des Ablegens der Diagnose *Komplizierte Trauer* erlangten bis zur Katamnese 92% der nachuntersuchten Completer und 68% der ITT-Stichprobe. Als Responder wurden diejenigen Personen definiert, die eine klinisch signifikante Verbesserung von Pretreatment bis zur Katamnese erzielt hatten. Dies war bei 65% der Therapie+Katamnese-Completer und bei 49% der ITT-Stichprobe der Fall.

Auch in der allgemeinen psychopathologischen Belastung sowie in den Unterbereichen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* verbesserten sich die Therapie+Katamnese-Completer vom Pretreatment- zum Follow-Up-Zeitpunkt statistisch signifikant und praktisch bedeutsam ( $d = 0.56 - 0.76$ ). Dies gilt auch für die ITT-Stichprobe, allerdings mit nur kleinen bis mittelstarken Effekten ( $d = 0.33 - 0.54$ ). Der diesbezügliche, während der Therapiephase erzielte Therapieerfolg konnte im Katamnesezeitraum stabil aufrecht erhalten werden.

Hinsichtlich der posttraumatischen Belastung sowie des posttraumatischen Wachstums zeigten sich für die Completer ebenfalls signifikante Verbesserungen von der Prämessung bis zum Follow-Up ( $d = 1.37$  bzw.  $0.43$ ). Der Verlauf während des Follow-Up-Intervalls kann als annähernd stabil bezeichnet werden ( $d = 0.24$  bzw.  $-0.13$ ). Ein ähnliches Bild, mit jedoch geringeren Effektstärken, zeigte sich für die ITT-Stichprobe,

wobei die Steigerung des posttraumatischen Wachstums hier nur noch marginale Signifikanz erreichte. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang der starke Rückgang selbst wahrgenommener persönlicher Reifung innerhalb der Gruppe der Dropouts zwischen Pretreatment und Follow-Up ( $d = -1.41$ ).

Als Prädiktoren des längerfristigen Therapieerfolgs im Sinne des Rückgangs der Trauerschwere erwiesen sich für die Therapie+Katamnese-Completer eine natürliche Todesursache, eine geringere Anzahl zwanghafter Persönlichkeitsmerkmale und ein größerer Zeitabstand zum Verlust. Für die ITT-Stichprobe war es ebenfalls ein größerer Zeitabstand zum Verlust, zusätzlich aber auch eine geringere Anzahl paranoider Persönlichkeitsanteile. Eine günstigere Trauersymptomentwicklung im Verlauf des Katamneseintervalls zeigten Personen mit höherem Alter, mit einem Verlust durch natürliche Todesursachen und mit einer geringeren Anzahl zwanghafter Persönlichkeitsmerkmale; ein größerer Zeitabstand zum Todesereignis war für diesen Zeitraum lediglich tendenziell ein positiver Prädiktor.

## 4.2 Interpretation und Einordnung der Ergebnisse

### 4.2.1 *Primärkriterium Komplizierte Trauer*

Die Ergebnisse bezüglich der Veränderungen in der Trauersymptomatik zwischen Pretreatment und Follow-Up erweisen sich für die Therapie-Completer und die ITT-Stichprobe als hypothesenkonform (Hypothesen 1.1. und 1.3.). Wie erwartet hat sich die Trauersymptomatik in beiden Stichproben seit der Prä-Messung signifikant verbessert. Die großen Effektstärken sprechen für eine hohe praktische Bedeutsamkeit der Symptomreduktion, was für eine hohe Wirksamkeit der durchgeführten Therapie spricht. Bei den Dropouts kann man hingegen unter statistischen Gesichtspunkten weder von einer Stabilität der Trauersymptomatik noch von einer signifikanten Verbesserung ausgehen, obwohl auch hier ein mittlerer Effekt auf eine Symptomverringerung von moderater praktischer Bedeutsamkeit hindeutet. Die geringe Stichprobengröße der Dropouts erschwert aufgrund der niedrigen Teststärke das Signifikantwerden eines möglicherweise vorhandenen Unterschieds zwischen den beiden Messzeitpunkten, so dass eine Interpretation der Ergebnisse nur unter Vorbehalt erfolgen kann. Im Vergleich zu den Dropouts ist jedenfalls die Trauerreduktion bei den Therapie-Completern deutlich stärker ausgeprägt, was jedoch aufgrund des fehlenden experimentellen Designs strenggenommen nicht ausschließlich auf die therapeutische Intervention zurückgeführt werden kann. Die stärkere Trauersymptomverbesserung der Completer spiegelt sich

auch in der Responder- und in der Remissions-Analyse wider: Es waren signifikant mehr Responder und Remittierte in der Gruppe der Therapie-Completer als in der Gruppe der Dropouts. Insgesamt entspricht dies den Erwartungen (Hypothese 1.4.) und bestärkt die angenommene Evidenz der Therapiewirksamkeit.

Da das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung keine Kontrollgruppe beinhaltete, wurden zum Vergleich mit anderen Studien die Within-Group-Effektstärken (Prä-Post bzw. Prä-Katamnese) herangezogen. Der Vergleich wird allerdings dadurch erschwert, dass neun der 32 Therapie+Katamnese-Completer mit gültigem Nachbefragungsbogen die Therapie an der Ambulanz um eine nicht unerhebliche Anzahl von durchschnittlich 25 Sitzungen verlängert hatten. Aus diesem Grund soll als konservativere Schätzung der Prä-Katamnese-Effektstärke diejenige der ITT-Analyse herangezogen werden. Sie liegt mit  $d = 1.24$  in einem ähnlich hohen Bereich wie die Effektstärken anderer vergleichbarer Trauerbehandlungsstudien (siehe Tabelle 4, S. 58). Da das Katamneseintervall bei den meisten Vergleichsstudien jedoch kürzer war, ist auch dadurch die direkte Vergleichbarkeit in Frage zu stellen. Lediglich Wagner & Maercker (2007) hatten ebenfalls einen 18-monatigen Katamnesezeitraum, man muss jedoch aufgrund der internetbasierten Behandlungsform von einer stärker selektierten Stichprobe ausgehen, als dies in der vorliegenden der Fall ist. Außerdem geben die Autoren keine Informationen über die Inanspruchnahme weiterer Therapiemaßnahmen in diesem doch sehr langen Zeitraum. Die im Rahmen ihrer Internettherapie erzielten Effektstärken liegen für die „Trauermaße“ (Intrusionen, Vermeidung, Anpassungsprobleme) bei  $d = 2.09$  bzw.  $1.53$  bzw.  $1.66$ , bei der 3-Monats-Katamnese waren sie noch etwas niedriger ( $d = 1.17 - 1.63$ ; Wagner et al., 2006). Die, wie die IKVT-KT, ebenfalls KVT-basierte Intervention von Boelen et al. (2007) erzielte Symptomverringerungen von  $d = 1.82$  bzw.  $1.41$  (je nach Reihenfolge der Teil-Interventionen) bis zum Zeitpunkt der deutlich kürzeren 6-Monats-Katamnese, was auch hier die Vergleichbarkeit einschränkt. In der Untersuchung von Jacob (2009) lagen die 12-Monats-Effektstärken hinsichtlich der Trauersymptome für die erste Therapiegruppe mit  $d = 1.31$  und für die zweite mit  $d = 1.08$  auch im hohen Bereich, obwohl keine spezielle Trauertherapie, sondern eine PTBS-spezifische Behandlung durchgeführt wurde. Auch Asukai et al. (2011), Kersting et al. (2013) und Papa et al. (2013) haben in ihren Studien jeweils zum Katamnesezeitpunkt hohe Effektstärken von  $d \geq 1.35$  vorzuweisen. Shear et al. (2005) berichteten zwar keine Follow-Up-Ergebnisse, die Effektstärke bezüglich der Trauersymptomatik ist jedoch bei der Posttreatment-Messung für die Therapie-Completer mit  $d = 1.64$  ähnlich hoch ausgeprägt wie die Prä-Post-Effektstärke der hier untersuchten Intervention ( $d_{\text{Prä-Post}} = 1.48$ ). Zusammenfassend liefern

die Ergebnisse der Signifikanztestungen und Effektstärkenberechnungen ausreichend Evidenz für eine längerfristige und hohe Wirksamkeit der IKVT-KT, welche mit anderen relevanten Therapiestudien vergleichbar ist.

Da die vorliegende Untersuchung im Bereich der Trauerinterventionsforschung nach Wissen der Autorin bisher einzigartig im Einbezug auch der Dropouts in die Nachuntersuchung ist, liegen für den direkten Vergleich zwischen Completern und Dropouts bezüglich ihres Symptomverlaufs keine Vergleichswerte vor.

Die Annahme, dass die Trauersymptomatik für die Therapie+Katamnese-Completer über die Follow-Up-Periode hinweg stabil geblieben ist (Hypothese 1.5.), konnte aufgrund der Signifikanztestung nicht bestätigt werden, allerdings in positiver Hinsicht: Auch nach Therapieende fanden noch weitere Verbesserungen hinsichtlich der komplizierten Trauer statt, und zwar im Ausmaß einer kleinen bis mittleren Effektstärke ( $d = 0.37$ ). Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss allerdings die oben bereits erwähnte Therapieverlängerung von gut einem Viertel der nachuntersuchten Completer berücksichtigt werden. Die deutlichen Verbesserungen der „Therapie-Verlängerer“ während des Katamneseintervalls ( $d = 0.94$ ) unterscheiden sich von den weitgehend fehlenden Veränderungen derjenigen, die die Trauertherapie zum dafür vorgesehenen Zeitpunkt abgeschlossen hatten ( $d = 0.15$ ). Aus diesem Grund ist eine konservativere Interpretation angezeigt, die eher von einer Beibehaltung der komplizierten Trauersymptomatik auf dem bei regulärem Therapieende erzielten Niveau auszugehen hat. Ob die „Therapie-Verlängerer“ ohne die zusätzlichen Therapiesitzungen vielleicht sogar Symptomverschlechterungen oder Rückfälle erlitten hätten, kann im Nachhinein nicht beantwortet werden. Relevante Vergleichsstudien oder Meta-Analysen im Bereich der Interventionsforschung zu komplizierter Trauer berichten meist von einer Aufrechterhaltung der Therapieerfolge bis zum Katamnesezeitpunkt (z.B. Boelen et al., 2007; Currier et al., 2008; Wagner & Maercker, 2007), es konnten aber durchaus auch weitere Symptomverbesserungen nach Therapieende festgestellt werden (z.B. Jacob, 2009; Kersting et al., 2013; Piper et al., 2009).

Die Diagnosekriterien für komplizierte Trauer waren in der vorliegenden Untersuchung vor Aufnahme der Therapie für 79% der 47 Gesamtteilnehmer (mit gültigen Pretreatment-Erhebungen) und für 73% der 33 Therapie+Katamnese-Completer erfüllt. Nur zwei (6%) der Therapie+Katamnese-Completer behielten den Diagnosestatus bis zum Katamnesezeitpunkt noch bei, was einer Remissionsrate von 92% über den gesamten Studienzeitraum hinweg betrachtet entspricht, deutlich mehr als derjenigen der Dropouts (40%). Da die Studie von Jacob (2009) als einzige der Autorin bekannte Vergleichsstudie Remissionsangaben im Sinne des Ablegens der KT-Diagnose macht,

wird sie an dieser Stelle der vorliegenden Untersuchung gegenübergestellt, wenn auch die sehr verschiedene Stichprobe (Überlebende des ruandischen Genozids, alle mit PTBS-Diagnose) die Vergleichbarkeit stark einschränkt. Das diagnostische Einschlusskriterium bestand bei dieser Studie im Vorliegen einer PTBS, eine komplizierte Trauer lag zu Therapiebeginn nur bei 19% der Stichprobe vor, diagnostiziert unter Verwendung derselben Diagnosekriterien wie in der vorliegenden Katamnese-Untersuchung. Von den sieben KT-Patienten in der ersten Therapiegruppe hatten alle die Diagnose bis zum Ende der Therapie beibehalten. Erst zum Follow-Up-Zeitpunkt reduzierte sich ihre Anzahl auf vier Personen, was einer Remissionsrate von 43% entspricht. Die zweite Therapiegruppe, die vor Therapiebeginn als Wartelisten-Kontrollgruppe (6 Monate) diente, zeigte einen günstigeren Verlauf, der in etwa dem der vorliegenden Follow-Up-Studie entspricht: Von den sieben anfänglich mit KT diagnostizierten Personen erlangten nach Ende der Therapie alle eine Remission, welche auch bis zur 12-Monats-Katamnese beibehalten werden konnte.

Die Analyse bezüglich klinisch signifikanter Verbesserungen in den Symptomen komplizierter Trauer erbrachte in der vorliegenden Untersuchung folgende Ergebnisse: Eineinhalb Jahre nach Ende der Therapie wiesen 65% derjenigen nachuntersuchten Teilnehmer, die die Trauertherapie vollständig durchgeführt hatten, eine sowohl statistisch reliable als auch klinisch bedeutsame Verbesserung ihrer Trauersymptomatik auf. Direkt nach Therapieende waren es in dieser Teilstichprobe erst 52%, was die weiteren Symptomverbesserungen während des Katamneseintervalls widerspiegelt, die sich bereits beim statistischen Signifikanztest und der Effektstärkenberechnung zeigten. Klinische Signifikanz bzw. Therapie-Response wurden auch in anderen Trauertherapie-Studien untersucht, hinsichtlich der jeweiligen Follow-Up-Erhebungen sind die Angaben jedoch äußerst spärlich. Dieselben strengen Kriterien wie die vorliegende Untersuchung verwendeten nach Wissen der Autorin nur Papa et al. (2013). Dennoch sollen Vergleiche angestellt werden, wenn auch die unterschiedlichen Berechnungsmethoden berücksichtigt werden müssen. Wagner et al. (2006) und Wagner und Maercker (2007) berichten zwar die Anzahl der Patienten, die zu den beiden Katamnese-Zeitpunkten noch klinisch relevante Beschwerden äußerten, ermittelten dies jedoch anhand eines Cutoff-Wertes für die kombinierten Intrusions- und Vermeidungsskalen der IES (*Impact of Event Scale*), so dass man hierbei nicht von einer KT-spezifischen Diagnostik sprechen kann. Boelen et al. (2007) ermittelten klinische Signifikanz mit nur einem der zwei von Jacobson und Truax (1991) empfohlenen Kriterien, nämlich dem „Nicht-mehr-Angehören einer kranken Population“. Leider geben sie nur die Werte für Posttreatment, nicht jedoch die für das 6-Monats-Follow-Up an. Direkt nach der Therapie hatten sich aus der Gruppe,

die zuerst kognitive Umstrukturierung und dann Exposition erhielt, 33% der Completer klinisch signifikant verbessert, in der Gruppe mit der umgekehrten Reihenfolge der Therapiemodule waren dies 50%. Letzteres entspricht in etwa dem kurzfristigen Therapieerfolg der IKVT-KT (52%). Die einzige der Autorin bekannte Trauer-Einzeltherapie-Studie, welche die klinische Signifikanz wie in der vorliegenden Untersuchung mit dem 2-Schritt-Kriterium (Jacobson & Truax, 1991) ermittelte und die Ergebnisse für die Follow-Up-Untersuchung veröffentlichte, ist diejenige von Papa und Kollegen (2013). Zwölf Wochen nach Therapieende lag bei ihren Patienten der Anteil klinisch signifikant Gebesserter bei 60%, was in etwa dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung entspricht. Die Vergleichbarkeit ist allerdings aufgrund des großen Unterschiedes im Katamnesezeitraum erschwert (3 versus 18 Monate).

Für eine differenzierte Betrachtung der Trauersymptomentwicklung während des 18-monatigen Katamneseintervalls wurden die Patienten in vier Kategorien eingeteilt (s. S. 103 sowie S. 121/122). Diese Einteilung wurde auch von Piper et al. (2009) in deren Follow-Up-Untersuchung sechs Monate nach einer Kurzzeit-Gruppentherapie für komplizierte Trauer vorgenommen und wird von den Autoren als Standard für Follow-Up-Studien empfohlen. Obwohl ihre Berechnungsart des klinisch signifikanten Cutoff-Wertes etwas von der vorliegenden Untersuchung abweicht, da den Autoren Normwerte von Gesunden für ihre Messinstrumente zur Verfügung standen, bietet sich ein Vergleich mit ihren Ergebnissen dennoch an, welche in der Tat sehr ähnlich sind. Bezogen auf die Trauersymptome „Intrusion“ und „Vermeidung“ berichten die Autoren für die Kategorie *maintenance* einen Prozentanteil von 46 bzw. 48%, für *delayed recovery* von 25 bzw. 23%, für *relapse* von 5% (für beide gleich) und für *nonrecovery* von 24 bzw. 23%. In der vorliegenden Untersuchung waren es für diese vier Kategorien 45% bzw. 19% bzw. 6% bzw. 29%. Es konnten also auch in Piper et al.'s Studie knapp die Hälfte aller Patienten den kurzfristigen Therapieerfolg bis zur Katamnese aufrechterhalten, der Anteil an verzögert Genesenen lag geringfügig höher, der Non-Responder-Anteil etwas niedriger. Zu einem Rückfall kam es etwa gleich häufig wie in der vorliegenden Untersuchung. In dem hier angestellten Vergleich muss allerdings berücksichtigt werden, dass in der vorliegenden Studie die Hälfte der verzögert Genesenen ( $n = 3$ ) eine Therapie-Verlängerung um durchschnittlich 29 Sitzungen erhalten hatten und somit der Prozentwert von 19% nur unter Vorbehalt gelten kann. Die höhere Anfangsbelastung der Untergruppe der verzögert Genesenen im Vergleich zu den bereits zum Therapieende Remittierten, wie sie Piper et al. (2009) fanden, war in der vorliegende Stichprobe nicht der Fall. Insgesamt macht der doch relativ hohe Anteil an zeitlich verzögerten Symptomremissionen die Wichtigkeit von Follow-Up-Untersuchungen deutlich, da allein



aufgrund der Posttreatment-Ergebnisse der Therapieerfolg unter Umständen unterschätzt würde. Allerdings ist eine genaue Erhebung von im Katamneseintervall stattgefundenen, weiteren Behandlungen hierbei unentbehrlich.

Der günstige Trauer-Symptomverlauf der Patienten entspricht nicht den eher negativen Schlussfolgerungen, die bisher aufgrund von Meta-Analysen und Reviews hinsichtlich der Wirksamkeit von Trauer-Interventionen gezogen wurden. Da jedoch erst in neuerer Zeit ganz spezifische Psychotherapiestudien für die Behandlung diagnostizierter komplizierter Trauer evaluiert wurden, welche vielversprechende Ergebnisse berichten, sind fundierte Schlussfolgerungen hinsichtlich der allgemeinen Therapiewirksamkeit bei komplizierter Trauer noch abzuwarten.

#### 4.2.2 Sekundär- und Tertiärkriterien

Wie in Hypothese 2.1. angenommen, reduzierten sich neben der Trauersymptomatik auch die allgemeine psychopathologische Gesamtbelastung sowie die spezifischen Syndrome *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* bei den Therapie+Katamnese-Completern signifikant zwischen Pretreatment und Follow-Up. Die Effektstärken erreichen hier zwar nicht dasselbe Ausmaß wie bei der komplizierten Trauer, man kann aber immer noch von mittleren bis großen Effekten sprechen ( $d = 0.56 - 0.76$ ). Seit dem Ende der Therapie blieb diese Symptomatik erwartungsgemäß stabil (Hypothese 2.3.). Für die Gruppe der Dropouts kann im Gegensatz zu den Therapie-Completern von einer Stabilität der hohen psychischen Belastung seit Pretreatment ausgegangen werden (Hypothese 2.2.).

Auch in anderen Untersuchungen zeigten sich positive Auswirkungen der Trauertherapie nicht nur auf die Trauersymptomatik selbst, sondern auch auf andere Outcome-Maße, wie Depressions-, Angst- oder allgemeine psychische Symptome (siehe Tabellen 2 bis 4). Die psychopathologische Allgemeinsymptomatik verbesserte sich beispielsweise in der Studie von Boelen et al. (2007) zwischen Pretreatment und der 6-Monats-Katamnese für die Completer der beiden KVT-Gruppen mit Effektstärken von  $d = 1.32$  bzw.  $1.55$ . Dies ist eine stärkere Verbesserung als in der vorliegenden Katamnese-Untersuchung ( $d = 0.71$ ). Auch in den 12- bzw. 18-Monats-Katamnesen von Kersting et al. (2013) und Wagner und Maercker (2007) liegen die Effektstärken für die allgemeine Psychopathologie mit  $d = 1.19$  bzw.  $1.02$  höher, während sie in ihren 3-Monats-Katamnesen eher denen der vorliegenden Studie entsprechen ( $d = 0.86$  bzw.  $0.64$ ). Starke Verbesserungen in Depressions- und Angstsymptomen zeigten sich bei Wagner und Maercker (2007) eineinhalb Jahre nach Therapieende im Vergleich zur Pretreatment-Messung ( $d = 1.64$  bzw.  $1.14$ ), welche die Effektstärken der vorliegenden Studie für diese

Symptombereiche deutlich übersteigen ( $d = 0.76$  bzw.  $0.56$ ). Auch die Angaben von Kersting et al. (2013) fallen mit  $d = 1.05$  für Depression und  $d = 0.71$  für Angst etwas höher aus, während die vorliegende Depressions-Effektstärke derjenigen aus der 12-Monats-Katamnese von Asukai et al. (2011;  $d = 0.86$ ) in etwa entspricht. Shear et al. (2005) berichten ebenfalls einen starken Rückgang in Depressions- und Angstsymptomen, aufgrund der oben bereits erwähnten fehlenden Follow-Up-Untersuchung kann jedoch kein direkter Vergleich vorgenommen werden. Es konnte also, wie bereits in anderen Studien, auch in der vorliegenden Untersuchung die Angabe von Shear und Mulhare (2008) bestätigt werden, dass sich im Rahmen einer erfolgreichen Behandlung der komplizierten Trauer meistens auch weitere, komorbide vorliegende Symptomatiken verbessern.

Ebenso wie in den primären und sekundären Outcome-Maßen kam es bei den Therapie+Katamnese-Completern auch zu einem signifikanten und deutlichen Symptommrückgang in der posttraumatischen Belastung im Verlauf des Zeitraums von Prä bis Katamnese (Hypothese 3.1.). Die bereits während der Therapiephase erzielten Verbesserungen bewiesen im Katamneseintervall annähernde Stabilität, mit insignifikanten Verbesserungen im Ausmaß einer kleinen Effektstärke ( $d = 0.24$ ; Hypothese 3.5.). Allerdings erlebten auch die Dropouts im Gesamtstudienzeitraum eine starke Verbesserung im Bereich der PTBS-Symptome, und dies mit einer deutlich geringeren Therapiedosis von durchschnittlich sieben Sitzungen (Ablehnung der Hypothese 3.2.). Somit kann die Verringerung der PTBS-Symptomatik der Completer nicht allein auf die (vollständig durchgeführte) Trauerbehandlung zurückgeführt werden. Dennoch soll die diesbezügliche Effektstärke vergleichbaren Studien gegenübergestellt werden, da aufgrund fehlender Befragung der Dropouts auch in anderen Studien deren Verbesserung bis zum Katamnesezeitpunkt nicht völlig ausgeschlossen werden kann. Im Vergleich zu den längerfristigen Follow-Up-Untersuchungen von Wagner und Maercker (2007), Kersting et al. (2013), Asukai et al. (2011) und Jacob (2009), die Effektstärken von  $d = 1.07$  bis  $2.09$  für die verschiedenen posttraumatischen Symptomcluster bzw. die Gesamtsymptomatik berichten, liegt sie in der vorliegenden Untersuchung mit  $d = 1.37$  in einem ähnlichen Größenbereich.

Die posttraumatische persönliche Reifung entwickelte sich in der vorliegenden Untersuchung für die Therapie+Katamnese-Completer hypothesenkonform, indem sie sich seit der Pretreatment-Messung signifikant steigern konnte (Hypothese 3.3.). Auch die erwartete Stabilität über die Follow-Up-Periode hinweg bestätigte sich annähernd (Hypothese 3.6.). Für die Dropoutgruppe konnte ein starker und signifikanter negativer Effekt zwischen Pretreatment und Follow-Up festgestellt werden, so dass die

Stabilitätshypothese (3.4.) abgelehnt werden muss. Als möglichen Grund für den Rückgang des anfänglich wahrgenommenen posttraumatischen Wachstums könnte man sich das nur geringfügige Nachlassen des trauerspezifischen Leidens bei diesen Personen vorstellen. Eventuell führte dies zu einer pessimistischeren Einstellung dem Leben und sich selbst gegenüber. Am stärksten von der Verschlechterung betroffen war die Subskala *Neue Möglichkeiten* des PPR-Fragebogens ( $d = -1.59$ ), was vielleicht auf die enttäuschten Erwartungen der Therapie gegenüber zurückzuführen ist. Die Subskala, die bei den Completern die größte Steigerung erfahren hatte, war *Persönliche Stärken* ( $d = 0.60$ ). Möglicherweise wurde durch die Intervention das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten gefördert. Die Dropouts, die keine oder nur wenige Therapiesitzungen in Anspruch genommen hatten, zeigten auf dieser Skala hingegen deutliche Rückgänge ( $d = -0.93$ ).

Wagner et al. (2007) konnten nach Abschluss der Behandlung ebenfalls für die Therapie-Completer eine deutliche Zunahme an posttraumatischem Wachstum verzeichnen ( $d = 1.16$ ), welches über dem der vorliegenden Untersuchung liegt ( $d = 0.59$  für alle 37 Therapie-Completer,  $d = 0.61$  für die 33 Therapie+Katamnese-Completer, beides Posttreatment). Diese Steigerung erwies sich als statistisch signifikant stärker ausgeprägt als bei der unbehandelten Kontrollgruppe, was für die hier untersuchte Stichprobe ebenfalls, wenn auch nur marginal signifikant der Fall war (Kotoučová, 2012). Wie sich diese Entwicklung in der Stichprobe von Wagner und Kollegen über die beiden Follow-Up-Perioden (3 und 18 Monate) hinweg weiter entwickelte, wurde leider nicht veröffentlicht, so dass ein Vergleich mit der vorliegenden Katamnese studie nicht möglich ist. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Wagner und Mitarbeiter eine Kurzform des PPR-Fragebogens mit nur fünf statt 21 Items verwendeten, und somit ein direkter Vergleich sowieso nur eingeschränkt möglich wäre. Andere Trauertherapiestudien mit Erhebung des posttraumatischen Wachstums als Outcome-Variable sind der Autorin nicht bekannt.

Auch die Korrelations-Ergebnisse zwischen den *Gain Scores* der klinischen Symptomatik und den PPR-Prä- bzw. -Katamnesewerten sind nur eingeschränkt vergleichbar, zum einen wegen der abweichenden Erhebungsmethode, zum anderen wegen der fehlenden Follow-Up-Ergebnisse bei Wagner et al. (2007). Dennoch zeigten sich Ähnlichkeiten in der Hinsicht, dass, ebenso wie bei Wagner und Kollegen, in der vorliegenden Untersuchung eine signifikante positive Korrelation zwischen der Verbesserung in der allgemeinen psychischen Symptomatik und dem PPR-Wert der Nachuntersuchung (bei Wagner: Posttreatment) gefunden werden konnte, was auf die Trauersymptomverringerung nicht zutraf. Die Trauersymptomentwicklung scheint also auf

das posttraumatische Wachstum weniger Einfluss zu haben als die Veränderung allgemeinerer psychischer Belastungen, wobei bei dieser Interpretation der korrelative Charakter der Analyse zu berücksichtigen ist, welcher keine prädiktiven Aussagen zulässt. Die Korrelationen mit dem PPR-Pretreatment-Wert weisen ein von Wagner et al. (2007) abweichendes Bild auf: Die Trauersymptomverbesserungen zeigten wiederum keinen bedeutsamen Zusammenhang an, die Verbesserungen in der allgemeinen psychopathologischen Belastung hingegen schon. So könnte man, im Sinne einer als vorläufig zu betrachtenden, vorsichtigen Interpretation darauf schließen, dass ein höherer Ausgangswert im Erleben posttraumatischen Wachstums der Reduktion der allgemeinen psychischen Belastung förderlich ist. Eine kausale Interpretation darf jedoch nicht vorgenommen werden, da von vielen anderen Einflüssen auf die entsprechenden Symptomverbesserungen ausgegangen werden muss. Eine nachträglich untersuchte Mediatorfunktion der Symptomverringerung in allgemeiner psychopathologischer Belastung für die Steigerung posttraumatischen Wachstums im Gesamtstudienzeitraum konnte nicht bestätigt werden; es ist vielmehr von einer direkten Prädiktion des PPR-Katamnesewertes durch den PPR-Präwert auszugehen, allerdings ohne Berücksichtigung anderer möglicherweise relevanter Faktoren.

#### 4.2.3 *Prädiktoren des Therapieerfolgs*

Die Ermittlung möglicher Prädiktoren des Therapieerfolgs hinsichtlich der vom Ausgangs-Trauerwert unabhängigen Verringerung der Trauerschwere (RGS) wurde aufgrund fehlender theoretischer Modelle und bisher nur spärlicher empirischer Erkenntnisse explorativ durchgeführt. Als Prädiktoren eines besseren Outcomes erwiesen sich für den Prä-Post-Zeitraum ein niedrigeres Alter und, allerdings nur tendenziell, eine natürliche Todesursache. Auch für den Zeitraum zwischen Therapieende und Katamnese war eine natürliche Todesursache mit einer besseren Prognose verbunden, ebenso wie ein geringerer Anteil an zwanghaften Persönlichkeitsmerkmalen und, im Gegensatz zum Prä-Post-Zeitraum, nunmehr ein höheres Alter. Ein größerer Zeitabstand zum Todesereignis war nur tendenziell mit besserem Trauer-Outcome verbunden. Erwartungsgemäß war der Vorhersagebeitrag der Todesursache auch über den gesamten Studienzeitraum hinweg, also wenn es um die Prädiktion eines besseren Therapieerfolgs von Therapiebeginn bis Katamnese ging, signifikant und stark ausgeprägt. Des Weiteren spielten hier, wie bereits für den Post-Katamnese-Zeitraum, auch eine geringere Anzahl zwanghafter Persönlichkeitsanteile sowie ein größerer Zeitabstand zum Verlustereignis eine Rolle.

Diese im Rahmen der Therapie+Katamnese-Completer-Analyse zutage getretenen Ergebnisse stimmen zum Teil mit bisherigen Befunden der trauerspezifischen Forschung

überein. So berichteten auch Allumbaugh und Hoyt (1999) in ihrer Meta-Analyse vom Vorteil jüngerer Patienten im kurzfristigen Therapie-Outcome. Sie führten jedoch diesbezüglich keine Follow-Up-Analysen durch, so dass der in der vorliegenden Untersuchung über den Gesamtstudienzeitraum sich ausgleichende Altersvorteil erst in weiteren Untersuchungen bestätigt werden muss. Außerdem fanden sie neben dem linearen auch einen quadratischen Zusammenhang zwischen Alter und Therapieerfolg, was Personen mittleren Alters Vorteile zuweisen würden. Der von Allumbaugh und Hoyt (1999) außerdem gefundene günstige Umstand eines kürzeren Zeitabstandes zum Verlust konnte in der vorliegenden Stichprobe keine Bestätigung finden. Im Gegenteil, hier erwies sich für den längerfristigen Therapieerfolg ein größerer Zeitabstand als vorteilhaft. Es könnte dabei die Unterscheidung natürlicher Trauerverläufe von komplizierten eine Rolle spielen. Da die Meta-Analyse auch Interventionen mit unkompliziert Trauernden einschloss, besteht die Möglichkeit, dass diese nach längerem Zeitabstand zum Verlust schon auf natürlichem Weg einen Symptomrückgang erlebt hatten und somit Interventionen keine so große Wirkung mehr entfalten konnten. In der vorliegenden Studie waren jedoch ausschließlich kompliziert Trauernde, die sich, je kürzer der Todesfall zurücklag und je frischer die „Wunden“ waren, eventuell schwerer mit einer konfrontativ ausgerichteten Therapiemethode taten. Die in der Gruppe mit kürzerem Zeitabstand zum Verlust festgestellte, stärkere PTBS-Symptomatik zum Pretreatment-Zeitpunkt könnte dies ebenso bestätigen wie die Tatsache, dass die meisten Therapie-Dropouts aufgrund eines vermuteten Widerstands gegen die konfrontativen Elemente unmittelbar zu Beginn der Expositionsphase ausschieden (Pfoh, 2012).

Die bisher einzige der Autorin bekannte Trauertherapiestudie mit einer Prädiktorenermittlung für den Zeitraum Prä-Katamnese ist diejenige von Boelen et al. (2011). Sie fanden vier Prädiktoren eines geringeren Therapieerfolges in der ITT-Stichprobe: niedrigeres Bildungsniveau, Verlust eines Kindes oder des Partners, geringe Motivation und Therapieabbruch. Das Bildungsniveau und die Therapiemotivation wurden in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst und können somit nicht für einen Vergleich herangezogen werden. Der Verlust eines Kindes war zwar marginal signifikant korreliert mit den RGSS Prä-Post und Prä-Katamnese und differenzierte zudem signifikant zwischen Respondern und Non-Respondern im Gesamtstudienzeitraum, zusammen mit den anderen Variablen verloren sich in den Regressionsanalysen allerdings diese Zusammenhänge. Dies ist vermutlich auf den starken Zusammenhang der beiden Variablen *Verlust eines Kindes* und *Todesart* zurückzuführen: Der Verlust eines Kindes war in 80% der Fälle durch unnatürliche Todesumstände verursacht,

während dies für die anderen Verlustarten nur in 22% der Fälle zutraf. Die Todesursache erwies sich dann letztendlich als stärkerer Prädiktor im Rahmen der multiplen Regressionsanalysen; Boelen et al. (2011) rechneten hingegen, wie bereits in der Einleitung erwähnt, lediglich einfache Regressionen bzw. univariate ANCOVAs. Die Trauerbelastung vor Therapiebeginn zeigte, wie auch bei Boelen und Kollegen, in der vorliegenden Studie keinen Einfluss auf den Therapieerfolg. Der Behandlungsabbruch wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht als Prädiktor bezeichnet, da er zeitlich nicht vor oder gleichauf mit der Pretreatment-Erhebung liegt und somit strenggenommen keine Prädiktion liefern kann. Ein starker Einfluss auf die Trauersymptomverringerung bestand aber zweifellos: Der Dropout-Status konnte sowohl Responder von Non-Respondern unterscheiden als auch, nach Einfügung (zusammen mit den anderen Prädiktoren) in die ITT-Regressionsanalyse, einen signifikanten und starken einzigartigen Beitrag zur Varianzaufklärung des Prä-Katamnese-RGSs liefern. Dies bestätigt den Befund von Boelen und Kollegen (2011).

Der Einbezug klinischer Persönlichkeitsvariablen in die Prädiktorenermittlung ist als sinnvoll zu erachten, da komorbid vorliegende Persönlichkeitsstörungen dafür bekannt sind, zu einem schlechteren Behandlungserfolg beizutragen (Clarkin & Levy, 2004). So konnten auch in der vorliegenden Untersuchung kritische Persönlichkeitsmerkmale als Prädiktoren für schlechteres Therapie-Outcome ausfindig gemacht werden, allerdings nicht hinsichtlich des kurzfristigen, sondern nur des längerfristigen Therapieerfolgs. Es gab hierbei allerdings Unterschiede zwischen der Therapie+Katamnese-Completer- und der ITT-Stichprobe: Für die Completer erwies sich eine höhere Anzahl zwanghafter, für die Gesamtstichprobe paranoider Anteile als kritisch. Beide Persönlichkeitsmerkmale korrelieren außerdem sowohl in der Therapie+Katamnese-Completer- als auch in der ITT-Stichprobe relativ stark und signifikant miteinander ( $r_{\text{Spearman}} = .56$  bzw.  $.41$ ,  $p = .001$  bzw.  $.003$ ). Eine Erklärung für den negativen Einfluss dieser problematischen Merkmale könnte sein, dass zwanghaft eingestellte Personen mit therapeutisch induzierter Veränderung und nicht planbaren sowie unkontrollierbaren Wirkungen therapeutischer Interventionen leicht überfordert sein können. Eine übermäßig misstrauische Grundhaltung kann den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zur Therapeutin erschweren und damit den Therapieprozess negativ beeinflussen. Da vermehrtes Misstrauen gegenüber anderen Menschen ein verbreitetes Symptom komplizierter Trauer ist, könnte dessen Berücksichtigung insbesondere für Trauerinterventionen wesentlich sein, falls sich diese als vorläufig zu betrachtenden Ergebnisse in weiteren Studien mit umfangreicheren Stichprobengrößen bestätigen sollten.

Die Untersuchung von Prädiktoren für den Post-Katamnese-Zeitraum konnte in keiner anderen Trauertherapiestudie gefunden werden. Ähnlichkeiten bestehen am ehesten mit der Studie von Piper et al. (2009), welche anhand von ANOVAs die drei oben bereits erwähnten Gruppen *maintenance*, *delayed recovery* und *nonrecovery* auf signifikante Unterschiede untersuchten. Die verzögert Genesenen unterschieden sich von den anderen Gruppen durch mehr subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung zum Katamnesezeitpunkt und einen größeren Zuwachs an dieser seit dem Posttreatment-Zeitpunkt. Außerdem hatten sie höhere Ausgangswerte an Trauerbelastung als diejenigen, die ihre bereits während der Therapie erfahrenen Verbesserungen im Katamnesezeitraum aufrechterhalten hatten (*maintenance*). In der vorliegenden Untersuchung wurde neben der Untersuchung der Delayed-Recovery-Gruppe auch eine Regressionsanalyse zur Prädiktorenermittlung für das Katamnese-Intervall durchgeführt. Eine unnatürliche Todesursache erwies sich als negativer Prädiktor des Trauersymptomrückgangs im Katamnese-Zeitraum. Dass mit einer unnatürlichen Todesursache eine höhere Trauerbelastung verbunden ist, wurde mehrfach nachgewiesen (siehe Abschnitt 1.2.6.3). Dass Patienten nach einem derartigen Todesfall jedoch sowohl im Therapiezeitraum als auch in der Zeit danach weniger Symptomverbesserungen erfahren, konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden und sollte – nach Bestätigung durch weitere Studien – in Trauertherapien besondere Berücksichtigung finden. Dass sich für den Post-Katamnese-Zeitraum außerdem ein höheres Alter als positiver Prädiktor finden ließ, ist insofern überraschend, als dies für den Prä-Post-Zeitraum gerade einen negativen Prädiktor darstellte. Das legt den Schluss nahe, dass sich jüngere Patienten schneller verbessern können als ältere, welche in der Zeit nach der Therapie allerdings dann „aufholen“ können, so dass über den gesamten Studienzeitraum hinweg kein Alterseffekt mehr nachzuweisen ist. Eine zunächst in Betracht gezogene Konfundierung der Alters- mit der „Therapieverlängerungs“-Variable bestätigte sich in statistischer Hinsicht nicht, wenn auch deskriptiv der Altersmittelwert der „Therapie-Verlängerer“ mit 52 Jahren sieben Jahre über dem der „Nicht-Verlängerer“ mit 45 Jahren liegt. Es sollte deshalb im Rahmen weiterführender Untersuchungen geklärt werden, ob etwa ältere Patienten mehr Therapiesitzungen benötigen, dann aber denselben Therapieerfolg erzielen können wie jüngere Patienten.

Abschließend ist bezüglich der in der vorliegenden Studie durchgeführten Prädiktorenermittlung darauf hinzuweisen, dass aufgrund des explorativen Vorgehens und der geringen Stichprobengröße (insbesondere der Therapie+Katamnese-Completer) die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind und ihre Replikation mit vergleichbaren Datensätzen unerlässlich ist, um definitive Aussagen machen zu können.

#### 4.2.4 Ergebnisse des Nachbefragungsbogen

Der Nachbefragungsbogen wurde deskriptiv und explorativ ausgewertet. Die aktuelle Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen befand sich bei den Teilnehmern im mittleren Bereich, wobei Therapie-Completer in einigen Bereichen, insbesondere in der allgemeinen Lebenszufriedenheit, ein höheres Ausmaß an Zufriedenheit angaben als Dropouts. Personen mit höheren Zufriedenheitswerten hatten gleichzeitig eine leichter ausgeprägte Trauerschwere zum Katamnesezeitpunkt. Veränderungen in der körperlichen Gesundheit, dem seelischen Wohlbefinden und der allgemeinen Lebenszufriedenheit während des Katamnesezeitraums wurden nur in geringem Ausmaß angegeben, mit leichter Tendenz allerdings in die positive Richtung. Bezüglich ihres seelischen Wohlbefindens berichteten Therapie-Completer eine deutlich positivere Veränderung als Dropouts. Außerdem waren subjektiv positivere Veränderungen in diesen drei Bereichen mit weniger starker Trauer bei der Nachbefragung verbunden. Ein weiterer Bereich, in dem Dropouts schlechter abschnitten, war der zeitliche Umfang der Arbeitsunfähigkeit während des Katamneseintervalls: Sie waren signifikant längere Zeit krankgeschrieben als die Completer.

Zusätzliche belastende Ereignisse erlebten während der Follow-Up-Periode die meisten der untersuchten Personen, ein Fünftel von ihnen sogar einen weiteren Todesfall. Dies stand jedoch weder mit dem Ausmaß an Trauer zum Katamnesezeitpunkt noch mit der Trauersymptomveränderung im Katamneseintervall in Verbindung.

Weitere Unterstützung im Zeitraum zwischen Therapieende und Follow-Up holten sich die Teilnehmer hauptsächlich von Ärzten und Psychotherapeuten. Tendenziell gaben diejenigen Personen mit einer höheren Anzahl an diesbezüglichen Kontakten mehr Trauersymptomatik bei der Nachbefragung an. Mit einer stärkeren Trauerreduktion im Katamnesezeitraum zeigte die Kontakthäufigkeit jedoch keinen Zusammenhang. Ambulante Psychotherapie nahmen rund ein Drittel der Katamneseteilnehmer in Anspruch, wobei die meisten von ihnen diese im Rahmen einer Verlängerungsbewilligung durch die Krankenkasse direkt an die evaluierte Trauerintervention anschlossen. Stationäre psychische oder psychiatrische Behandlungen waren eher selten der Fall. Die Weiterführung der Therapie bzw. die Aufnahme einer neuen ambulanten Psychotherapie war mit einer stärkeren Symptomreduktion im Katamneseintervall verbunden. Dieser Zusammenhang verlor jedoch seine Bedeutung bei gemeinsamem Einschluss mit anderen relevanten Variablen in eine Regressionsanalyse. Es bestand außerdem ein marginal signifikanter Zusammenhang mit der Symptomentwicklung während der regulären Therapiephase: Wer sich in dieser Zeit weniger verbessern konnte, nahm mehr Psychotherapiesitzungen



im Anschluss daran wahr. Die Trauerentwicklung über den gesamten Studienzeitraum hinweg erwies sich hingegen als unkorreliert mit der Aufnahme einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Behandlung im Katamnesezeitraum. Ebenso gab es keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Dropouts und Completern in der Inanspruchnahme weiterer Therapien.

Die Trauertherapie wurde meist recht positiv bewertet. Positivere Therapiebeurteilungen hingen mit einem geringeren Ausmaß an komplizierter Trauer bei der Katamneseerhebung zusammen. Completer, Responder und Patienten mit stärkerer Symptomverbesserung bewerteten die Intervention und ihre Wirksamkeit jeweils besser als Dropouts, Non-Responder und Personen mit geringerem Symptomrückgang. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Patienten die Tatsache, dass es ihnen besser geht, auf die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung zurückführen.

Insgesamt spiegeln sich für die Gruppe der Dropouts ihre geringere Trauerreduktion seit Studieneintritt und ihre höhere Trauerbelastung zum Zeitpunkt der Katamnese in ihren Angaben im Nachbefragungsbogen wider: Sie wiesen weniger Lebenszufriedenheit auf, erlebten im Katamnesezeitraum weniger positive seelische Veränderungen und waren häufiger krankgeschrieben. Mehr belastende Ereignisse hatten sie insgesamt während des Katamneseintervalls zwar nicht erlebt, der Anteil jener mit einem weiteren Verlust durch Todesfall war jedoch höher als bei den Completern. Dennoch war ihre Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oder Psychotherapiesitzungen in diesem Zeitraum nicht höher als bei den Completern. Die Trauertherapie bewerteten sie insgesamt schlechter als diejenigen, die die Therapie vollständig durchlaufen hatten.

Abschließend soll noch einmal betont werden, dass für eine Katamnese-Untersuchung die Beachtung möglicher, im therapiefreien Katamneseintervall liegender Einflüsse auf das längerfristige Therapie-Outcome von besonderer Bedeutung ist. Aus diesem Grund wurde nach weiteren belastenden Lebensereignissen gefragt, welche jedoch keine bedeutsamen Zusammenhänge mit dem Trauer-Outcome aufwiesen. Auch der für Trauernde schwierige Sonderfall des Erlebens weiterer Todesfälle zeigte sich damit unkorreliert. Ebenso war die Inanspruchnahme weiterer allgemeiner Hilfsangebote nicht mit einer stärkeren Trauerreduktion im Katamneseintervall verbunden, die Weiterführung oder Wiederaufnahme einer Psychotherapie allerdings schon, wenn auch nicht stark genug, um sich gegen andere, scheinbar relevantere Einflussfaktoren „durchzusetzen“.

### 4.3 Einschränkungen der Untersuchung

Zu den Einschränkungen dieser Studie gehört in erster Linie, dass zum Katamnesezeitpunkt kein Kontrollgruppenvergleich mehr möglich war. Eine Kontrollgruppe bis zur 18-Monats-Katamnese unbehandelt auf Therapie warten zu lassen, wäre definitiv als unethisch zu betrachten, auch wenn die interne Validität der Untersuchung somit reduziert ist, da der gefundene Behandlungserfolg eventuell nicht vollständig auf die evaluierte Intervention zurückgeführt werden kann. Diese methodische Problematik von Follow-Up-Studien ist in Forschungskreisen jedoch allgemein bekannt (Lambert & Archer, 2006). Die gefundenen Langzeit-Effekte könnten also zum Teil auch auf das natürliche Abklingen der Trauersymptomatik im Verlauf der Zeit zurückzuführen sein, das im Rahmen eines natürlichen Trauerverlaufs tatsächlich auch stattfindet (siehe z.B. Boerner, Wortman & Bonanno, 2005; Jordan & Neimeyer, 2003; Ott & Lueger, 2002; Raphael et al., 2001). Es gibt jedoch einige Argumente dagegen, dass dies auch in der vorliegenden Katamnese-Stichprobe der Fall war. Bereits zu Studienbeginn (Baseline) war die Bandbreite der individuellen Zeitabstände zum Verlustereignis sehr groß (0.5 bis 36 Jahre), was deutlich zeigt, dass manche Trauernde selbst nach vielen Jahren nicht allein durch den größer werdenden zeitlichen Abstand Erleichterung finden, sondern immer noch unter sehr starker Trauersymptomatik leiden. Ein signifikanter Zusammenhang mit der Ausgangssymptomatik in komplizierter Trauer bestand nicht, das heißt, die Trauer war bei denjenigen, deren Verlust schon sehr lange Zeit zurücklag, nicht weniger stark ausgeprägt als bei denjenigen mit einem kürzeren Zeitabstand. Dasselbe gilt für den Katamnesezeitpunkt: Auch hier gab es keine signifikante Korrelation von mehr oder weniger lange Trauernden mit der Trauerschwere. Dies bestätigt die allgemein anerkannte Tatsache, dass komplizierte Trauer eben gerade darin besteht, dass sie sich über die Zeit hinweg nicht bedeutsam abschwächt, sondern sich mehr oder weniger im Zustand einer akuten Trauerreaktion festfährt. Trotz geringfügiger Erleichterungen im Zeitverlauf geht man davon aus, dass komplizierte Trauer tendenziell chronisch verläuft und ohne therapeutische Intervention meist über lange Jahre hinweg bestehen bleibt (Fujisawa et al., 2010; Schaal et al., 2009a; Stammel et al., 2013; Zisook & Shear, 2009). Diese Chronizität komplizierter Trauersymptome wurde erst kürzlich durch Schaal et al. (2014) anhand einer deutschen Stichprobe erneut bestätigt. Außerdem spricht auch der deutlich stärkere Rückgang der Trauerschwere bei den Therapie+Katamnese-Completern im Vergleich zu den nachuntersuchten Dropouts über denselben Beobachtungszeitraum hinweg gegen eine alleinige Rückführbarkeit der Symptomverringerung auf den bloßen Ablauf der Zeit. Dass sich dennoch auch die Dropoutgruppe im Verlauf des Gesamtstudienzeitraums mit einer zwar insignifikanten,

jedoch mittleren Effektstärke verbessern konnte, ist allerdings in der Interpretation der Effektstärke der Therapie+Katamnese-Completergruppe zu berücksichtigen.

Des Weiteren wird die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse durch die Verlängerung der Behandlung bei einer nicht unerheblichen Zahl von Patienten erschwert. Es kann im Nachhinein nicht beurteilt werden, wie sich deren Symptomverlauf entwickelt hätte, wäre ihre Therapie nicht fortgesetzt worden. Es muss deshalb in Betracht gezogen werden, dass der gefundene längerfristige Therapieerfolg durch die Weiterbehandlungen aufgewertet wurde.

Ein weiterer Schwachpunkt der Studie besteht darin, dass die Katamnese-Diagnostik nicht „blind“ durchgeführt wurde. Das heißt, die Diagnostikerinnen wussten, wen sie zur Untersuchung vor sich hatten: Dropout oder Therapie-Completer, Schweregrad der Trauer in früheren Erhebungen, Art und Umstände des Verlustes etc. Auf eine möglichst objektive Durchführung der Interviews wurde jedoch bewusst geachtet. Auch wurde keine Interrater-Reliabilität zwischen den beiden Follow-Up-Diagnostikerinnen ermittelt. Da die Autorin dieser Arbeit jedoch selbst die zweite Diagnostikerin in der Durchführung der Katamnese-Erhebung, und insbesondere des IKT-13 anleitete, wird von einer relativen Übereinstimmung ausgegangen.

Obwohl die Lost-to-Follow-Up-Rate mit 20% (für die primäre Outcome-Variable 24%) der ursprünglichen Gesamtstichprobe eher gering ausgefallen ist, sind doch wertvolle Informationen durch die Nicht-Teilnahme der Lost-to-Follow-Up verloren gegangen. Wie im Gruppenvergleich festgestellt, unterschieden sie sich von den Katamnese-Teilnehmern dadurch, dass sie älter und zu einem größeren Anteil verwitwet waren sowie niedrigere posttraumatische Belastung und Somatisierungstendenz vor Therapiebeginn hatten. Außerdem waren sie zu einem höheren Anteil Dropouts als Therapie-Completer, was zwar nachvollziehbar ist, doch hätte die Teilnahme von mehr Dropouts die entsprechende Teilstichprobengröße erhöhen können und damit stichhaltigere Interpretationen der vorliegenden Berechnungen ermöglicht. Um mögliche Ergebnisverzerrungen zu vermeiden, wurden jeweils auch ITT-Analysen unter Einschluss der Lost-to-Follow-Up durchgeführt. Da mit der LOCF-Methode zwar durch Fortschreiben des letzten Messwertes das Therapie-Outcome in der Regel konservativ geschätzt wird, mögliche Verschlechterungen oder Rückfälle seit der letzten Erhebung jedoch nicht erfasst werden können, muss das Fehlen einiger älterer, verwitweter Personen und Therapieablehner/-abbrecher in der Ergebnisinterpretation dennoch Berücksichtigung finden.

Auf die methodischen Schwächen der Basisstudie, wie Zeitunterschied zwischen der durchschnittlichen Behandlungszeit und der durchschnittlichen Wartezeit,

Posttreatment-Erhebungen durch die behandelnde Therapeutin, die Behandlung der Mehrzahl der Patienten durch eine der beiden Therapeutinnen (möglicher Therapeuteneffekt), die geringe Anzahl männlicher Patienten, die geringe Stichprobengröße sowie die unbefriedigende interne Konsistenz des IKT-13 zu Studienbeginn, wurde bereits an anderen Stellen eingegangen, so dass diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht mehr diskutiert werden (siehe Kotoučová, 2012; Pfoh, 2012; Rosner, Pfoh, Kotoučová et al., 2014). Letztere Autorinnen bezeichnen aufgrund dieser Schwächen die Ergebnisse der RCT-Evaluationsstudie als vorläufig, was ebenso für die vorliegende Follow-Up-Studie gelten muss.

## 4.4 Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Katamnese studie konnte gezeigt werden, dass die deutlichen kurzfristigen Trauersymptomverbesserungen, die im Rahmen einer neu entwickelten, einzelspsychotherapeutischen Behandlung für kompliziert Trauernde erzielt wurden, bis zur 18-Monats-Katamnese nicht nur aufrechterhalten, sondern tendenziell sogar weiter ausgebaut werden konnten. Über den Gesamtstudienzeitraum hinweg erzielten die behandelten Patienten signifikante und große Behandlungseffekte, so dass von einer länger- bis langfristigen Therapiewirksamkeit ausgegangen werden kann. Bis zum Katamnesezeitpunkt konnten immerhin 92% der nachuntersuchten Therapie-Completer ihre KT-Diagnose ablegen und somit als remittiert gelten. Auch in den Bereichen allgemeiner psychopathologischer und posttraumatischer Belastung konnten deutliche Pretreatment-Follow-Up-Effekte für die Therapie+Katamnese-Completer gefunden werden, welche überwiegend bereits im Therapiezeitraum erzielt worden waren und sich während des Katamneseintervalls kaum mehr veränderten. Diese Ergebnisse stehen weitgehend in Einklang mit den Follow-Up-Ergebnissen anderer, neuerer Studien zur Behandlung komplizierter Trauer.

Von der Behandlung konnten auf längere Sicht diejenigen Patienten mehr profitieren, bei denen der Todesfall bereits längere Zeit zurücklag und die eine geringere Anzahl an zwanghaften bzw. paranoiden Persönlichkeitsmerkmalen aufwiesen. Für die Therapie+Katamnese-Completer erwies sich außerdem ein Verlust infolge natürlicher Todesursachen als vorteilhaft gegenüber unnatürlichen Todesumständen. Diese Faktoren sollten in der Therapie besondere Berücksichtigung finden, wenn auch die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind und in diesem Bereich noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Die Therapie wurde gut angenommen und im Nachhinein mehrheitlich positiv bewertet. Viele der untersuchten Katamnese-Teilnehmer betonten ausdrücklich, dass ihnen die Therapie sehr geholfen hätte und sie ohne die Therapie nicht so weit gekommen wären. Rund ein Viertel der Patienten, die die Behandlung regulär durchlaufen hatten, benötigten allerdings eine zeitliche Erweiterung des Therapieumfangs, um ihren gesundheitlichen Zustand noch besser zu konsolidieren. Sie schnitten im Gesamtstudienverlauf hinsichtlich ihrer Trauerverringering zwar nicht besser ab als die übrigen Patienten, es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sie sich ohne die Therapieverlängerung im Katamnesezeitraum weniger gut entwickelt bzw. wieder verschlechtert hätten.

Dass auch die frühen Studienabbrecher und die Therapie-Dropouts mit in die Nachbefragung einbezogen wurden ist als besonders positiv zu bewerten, da wichtige Informationen mit eingingen, die sonst verloren gegangen wären, und die ITT-Analysen an Genauigkeit gewannen. Dennoch hätte man sich hier eine größere Stichprobengröße gewünscht, um dezidierte Aussagen machen zu können.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass die vorliegende Stichprobe nicht nur hinsichtlich der komplizierten Trauersymptomatik, sondern auch bezüglich komorbider psychischer Störungen stark belastet war. Da die Untersuchung in einer für die Allgemeinbevölkerung frei zugänglichen und in das Krankenkassensystem integrierten, ambulanten therapeutischen Einrichtung durchgeführt wurde, dürfte dies jedoch dem „Normalzustand“ dieser Klientel entsprechen. Somit verleiht der gefundene längerfristige Therapieerfolg der IKVT-KT vielen durch einen komplizierten Trauerverlauf stark beeinträchtigten Menschen berechtigten Grund zur Hoffnung. Auch wenn sie sich wegen einer vordergründig anderen psychischen Symptomatik bei Ärzten, Psychotherapeuten oder Kliniken vorstellen, ist ein Screening für komplizierte Trauer aufgrund der substantiellen Prävalenz – insbesondere unter psychiatrischen Patienten – zu empfehlen. So sollen die vorliegende Arbeit und das Therapiemanual zur IKVT-KT (Rosner, Pfoh, Rojas et al., 2015) nicht zuletzt auch dazu verhelfen, bestehende Unsicherheiten im Umgang mit den Themen „Tod und Trauer“ und mit psychisch schwer belasteten Trauernden im therapeutischen Alltag zu überwinden.

# Literaturverzeichnis

- Acierno, R., Rheingold, A., Amstadter, A., Kurent, J., Amella, E., Resnick, H., ... Lejuez, C. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure for bereavement in older adults. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29, 13-25.
- Allumbaugh, D. L. & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 370-380.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2009). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup> ed., 6. Druck: Juli 2012). Washington, DC: Author.
- Armstrong, D. & Shakespeare-Finch, J. (2011). Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *Omega*, 63, 125-140.
- Asukai, N., Tsuruta, N. & Saito, A. (2011). Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 470-473.
- Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 233-235.
- Bakker, A., van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Blaauw, B. M. J. W. & van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 414-419.
- Balk, D. E., Walker, A. C. & Baker, A. (2010). Prevalence and severity of college student bereavement examined in a randomly selected sample. *Death Studies*, 34, 459-468.
- Barbosa, V., Sá, M. & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, 18, 354-362.
- Barnes, J. B., Dickstein, B. D., Maguen, S., Neria, Y. & Litz, B. T. (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *Journal of Affective Disorders*, 136, 366-369.
- Barrett, C. J. & Schneweis, K. M. (1980-1981). An empirical search for stages of widowhood. *Omega*, 11, 97-104.
- Barry, L. C., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 447-457.
- Bartrop, R. W., Luckhurst, E., Lazarus, L., Kiloh, L. G. & Penny, R. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *The Lancet*, 309(8016), 834-836.
- Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., Lutterbach, J., Momm, F., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 207-217.
- Boals, A., Steward, J. M. & Schuettler, D. (2010). Advancing our understanding of posttraumatic growth by considering event centrality. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 518-533.

- Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: theoretical underpinnings and case descriptions. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 1-30.
- Boelen, P. (2008). Cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Bereavement Care*, 27(2), 27-30.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 277-284.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2011). Factors associated with outcome of cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 284-291.
- Boelen, P. A., Huntjens, R. J. C., van Deursen, D. S. & van den Hout, M. A. (2010). Autobiographical memory specificity and symptoms of complicated grief, depression, and posttraumatic stress disorder following loss. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 331-337.
- Boelen, P. A. & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2005). Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 291-303.
- Boelen, P. A. & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 444-452.
- Boelen, P. A. & Prigerson, H. G. (2012). Commentary on the inclusion of Persistent Complex Bereavement-Related Disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36, 771-794.
- Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J. & van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125, 374-378.
- Boelen, P. A. & van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175-2177.
- Boelen, P. A. & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311-314.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2003a). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 225-238.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2003b). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123-1136.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1657-1672.

- Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2010). A prospective examination of catastrophic misinterpretations and experiential avoidance in emotional distress following loss. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 252-257.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.
- Boerner, K., Wortman, C. B. & Bonanno, G. A. (2005). Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, P67–P73.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A. & Boerner, K. (2007). The stage theory of grief (Leserbrief). *JAMA*, 297, 2693.
- Bonanno, G. A., Boerner, K. & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 287-307). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonanno, G. A. & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 798-816.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A. & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 827-843.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342-351.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M. & Sonnega, J. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18-months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150–1164.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* (3., aktualisierte und bearbeitete Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust, Band 3. Verlust: Trauer und Depression*. München: Reinhardt. (Englisches Original erschienen 1980: Attachment and loss: Sadness and depression. Vol. 3)



- Brown, S. L., Nesse, R. M., House, J. S. & Utz, R. L. (2004). Religion and emotional compensation: results from a prospective study of widowhood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1165-1174.
- Bryant, R. A. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 201, 9–10.
- Bryant, R. A. (2014). Prolonged grief: where to after Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition? *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 21-26.
- Buckley, T., Mihailidou, A. S., Bartrop, R., McKinley, S., Ward, C., Morel-Kopp, M.-C., ... Tofler, G. H. (2011). Haemodynamic changes during early bereavement: potential contribution to increased cardiovascular risk. *Heart, Lung & Circulation*, 20, 91-98.
- Buckley, T., Morel-Kopp, M.-C., Ward, C., Bartrop, R., McKinley, S., Mihailidou, A. S., ... Tofler, G. (2012). Inflammatory and thrombotic changes in early bereavement: a prospective evaluation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19, 1145-1152.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson.
- Bui, E., Nadal-Vicens, M. & Simon, N. M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 149-157.
- Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: a review of the empirical literature. In M. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145 - 161). New York, NY: Routledge/Taylor and Francis Group.
- Burton, C. L., Yan, O. H., Pat-Horenczyk, R., Chan, I. S. F., Ho, S. & Bonanno, G. A. (2012). Coping flexibility and complicated grief: a comparison of American and Chinese samples. *Depression and Anxiety*, 29, 16-22.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: research and practice* (pp. 3-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A. & Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50, 125-143.
- Callahan, J. (2000). Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 104-124.
- Campbell, T. C. (2005). An introduction to clinical significance: an alternative index of intervention effect for group experimental designs. *Journal of Early Intervention*, 27, 210-227.
- Carnelley, K. B., Wortman, C. B., Bolger, N. & Burke, C. T. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: Evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 476-492.

- Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J. & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, S197-S207.
- Caserta, M. S. & Lund, D. A. (2007). Toward the development of an Inventory of Daily Widowed Life (IDWL): guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 31, 505-535.
- Caserta, M., Lund, D., Utz, R. & de Vries, B. (2009). Stress-related growth among the recently bereaved. *Aging & Mental Health*, 13, 463-476.
- Caserta, M., Utz, R., Lund, D., Swenson, K. L. & de Vries, B. (2014). Coping processes among bereaved spouses. *Death Studies*, 38, 145-155.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M. & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.
- Christensen, L. & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject: an alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305- 308.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 194-226). New York: Wiley & Sons.
- Cleiren, M., Diekstra, R. F., Kerkhof, A. J. & van der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how". *Crisis*, 15, 22-36.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Coifman, K. G. & Bonanno, G. A. (2010). When distress does not become depression: Emotion context sensitivity and adjustment to bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 479 – 490.
- Coleman, R. A. & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34, 804-834.
- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403-428.
- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 79-95.

- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2012). Prolonged grief symptoms and growth in the first 2 years of bereavement: evidence for a nonlinear association. *Traumatology*, 18, 65-71.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A. & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134, 648-661.
- Deci, E. L., La Guardia, J. G., Moller, A. C., Scheiner, M. J. & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: Mutuality in close friendships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 313-327.
- de Groot, M., Neeleman, J., van der Meer, K. & Burger, H. (2010). The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: The mediating role of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 425-437.
- Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A. (2011). Validacao do instrumento de avaliacao do luto prolongado para a populacao portuguesa. [Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population]. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 935-942.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J. & Verhofstadt-Denève, L. (2008). Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 386-395.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J. & Verhofstadt-Denève, L. (2009). Confirming the distinctiveness of complicated grief from depression and anxiety among adolescents. *Death Studies*, 33, 437-461.
- Dominick, S. A., Irvine, A. B., Beauchamp, N., Seeley, J. R., Nolen-Hoeksema, S., Doka, K. J. & Bonanno, G. A. (2009-2010). An internet tool to normalize grief. *Omega: Journal of Death & Dying*, 60, 71-87.
- Easterling, L. W., Gamino, L. A., Sewell, K. W. & Stirman, L. S. (2000). Spiritual experience, church attendance, and bereavement. *Journal of Pastoral Care*, 54, 263-275.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E. B. (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Oxford: University, Warneford Hospital.
- Engelkemeyer, S. M. & Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 344-346.
- Faschingbauer, T. (1981). *The Texas Inventory of Grief - Revised*. Houston, TX: Honeycomb Publishing.

- Feigelman, W., Jordan, J. R. & Gorman, B. S. (2008-2009). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega: Journal of Death and Dying*, 58, 251-273.
- Feigelman, W., Jordan, J. R. & Gorman, B. S. (2009). Personal growth after a suicide loss: Cross-sectional findings suggest growth after loss may be associated with better mental health among survivors. *Omega: Journal of Death and Dying*, 59, 181-202.
- Field, N. P. (2008). Whether to relinquish or maintain a bond with the deceased. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 113-132). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, N. P. & Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34, 1-29.
- Field, N. P., Gao, B. & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: an attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29, 277-299.
- Field, N. P. & Sundin, E. C. (2001). Attachment style in adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 347-361.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS) manual*. Minneapolis, MN: NCS Reasson.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Forte, A. L., Hill, M., Pazder, R. & Feudtner, C. (2004). Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 3(3). Retrieved August 30, 2010, from <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/3/3>
- Fox, J. & Jones, K. D. (2013). DSM-5 and bereavement: the loss of normal grief? *Journal of Counseling & Development*, 91, 113-119.
- Fraley, R. C. & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 878-890.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version* (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Beltz Test.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127, 352-358.
- Gerra, G., Monti, D., Panerai, A. E., Sacerdote, P., Anderlini, R., Avanzini, P., ... Franceschi, C. (2003). Long-term immune-endocrine effects of bereavement: relationships with anxiety levels and mood. *Psychiatry Research*, 121, 145-158.

- Gerrish, N., Dyck, M. J. & Marsh, A. (2009). Post-traumatic growth and bereavement. *Mortality*, 14, 226-244.
- Gerrish, N. J., Steed, L. G. & Neimeyer, R. A. (2010). Meaning reconstruction in bereaved mothers: a pilot study using the biographical grid method. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 118-142.
- Golden, A.-M. J. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336-341.
- Griesel, D., Wessa, M. & Flor, H. (2006). Psychometric qualities of the German version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychological Assessment*, 18, 262-268.
- Hall, M. & Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 437-492). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hauenstein Swan, A. & Scott, C. (2009). Complicated grief: implications for the treatment of post-traumatic stress disorder in couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 24, 16-29.
- Hefren, J. E. & Thyer, B. A. (2012). The effectiveness of Guided Mourning for adults with complicated mourning. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22, 988-1002.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Hensley, P. L. & Clayton, P. J. (2008). Bereavement: Signs, Symptoms, and Course. *Psychiatric Annals*, 38, 649-654.
- Herbert, R., Dang, Q. & Schulz, R. (2007). Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 292-390.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: a meaning-oriented contribution. *Omega*, 61, 103-120.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P.A. & Prigerson, H. G. (2009). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 190-201.
- Holland, J. M., Rozalski, V., Thompson, K. L., Tiongson, R. J., Schatzberg, A. F., O'Hara, R. & Gallagher-Thompson, D. (2014). The unique impact of late-life bereavement and prolonged grief on diurnal cortisol. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 4-11.

- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (S.529-556). New York, NY: Guilford.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M. K., Wall, M. M. (2012). Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS ONE*, 7(2), e31209. doi:10.1371/journal.pone.0031209
- Jacob, N. (2009). *Consequences of traumatic stress in Rwandan genocide survivors: Epidemiology, psychotherapy, and dissemination*. Dissertation, Universität zu Konstanz. Verfügbar unter [http://kops.ub.uni-konstanz.de/volltexte/2010/10687/pdf/Diss\\_Jacob.pdf](http://kops.ub.uni-konstanz.de/volltexte/2010/10687/pdf/Diss_Jacob.pdf) [27.11.2010].
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Jacobs, S. C., Mason, J., Kosten, T. R., Kasl, S. V., Ostfeld, A. M. & Wahby, V. (1987). Urinary free cortisol and separation anxiety early in the course of bereavement and threatened loss. *Biological Psychiatry*, 22, 148-152.
- Jacobs, S. C., Mason, J. W., Kosten, T. R., Wahby, V., Kasl, S. V. & Ostfeld, A. M. (1986). Bereavement and catecholamines. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 489-496.
- Jacobs, S., Mazure, C. & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24, 185-199.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: research and practice* (pp. 81-99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jerga, A. M., Shaver, P. R. & Wilkinson, R. B. (2011). Attachment insecurities and identification of at-risk individuals following the death of a loved one. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 891-914.

- Jordan, A. H. & Litz, B. T. (2014). Prolonged Grief Disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45, 180-187.
- Jordan, J. R. & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. & Sheptycki, A. R. (2010). Interpersonal predictors of outcome following short-term group therapy for complicated grief: a replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy* (2010), 17, 122-135.
- Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, 77, 283-287.
- Kato, P. M. & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19, 275-296.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 19-71). New York: Wiley.
- Keesee, N. J., Currier, J. M. & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1145-1163.
- Kendall, P. C., Holmbeck, G. & Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 16-43). New York: Wiley & Sons.
- Kersting, A. (2007). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverlauf. *Psychodynamische Psychotherapie*, 6, 39-46.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K. & Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 372-381.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Baune, B. T., Hohoff, C., Mortensen, L. S., ... Domschke, K. (2007). Association of MAO-A variant with complicated grief in major depression. *Neuropsychobiology*, 56, 191-196.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B. T., Arolt, V. & Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 201-204.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Baust, K. & Wagner, B. (2011). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 465-477.

- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S. & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32, 72-78.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, ... Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 257, 437-443.
- Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P. & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1208-1218.
- Kleber, R. J. & Brom, D. (1987). Psychotherapy and pathological grief: controlled outcome study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24, 99-109.
- König, J. (2012). *Cognitive Processing Therapy in der Behandlung der Posttraumatischen Behandlungsstörung: Untersuchung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arms einer Therapievergleichsstudie zur Dialogischen Exposition in der Traumatherapie*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München. Verfügbar unter [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/14093/1/Koenig\\_Julia.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/14093/1/Koenig_Julia.pdf) [23.08.2014].
- Kotoučová, M. (2012). *Posttraumatisches Wachstum und Therapeutische Allianz im Rahmen der integrativen kognitiven Verhaltenstherapie für Komplizierte Trauer*. Berlin: Logos-Verlag.
- Kübler-Ross, E. (2009). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz. (Englisches Original erschienen 1969: On death and dying)
- Lambert, M. J. & Archer, A. (2006). Research findings on the effects of psychotherapy and their implications for practice. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet* (pp. 111-130). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, T. & Hoyer, J. (2003). Klinisches Untersuchungsverfahren: SCL-90-R: Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 333-334.
- Langner, R. & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235– 242.
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. P., Onelov, E. & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5870-6.
- Larson, D. G. & Hoyt, W. T. (2007). What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 347-355.
- Larson, D. G. & Hoyt, W. T. (2009). Grief counselling efficacy: what have we learned? *Bereavement Care*, 28(3), 14-19.



- Latham, A. E. & Prigerson H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-362.
- Laurie, A. & Neimeyer, R. A. (2008). African Americans in bereavement: grief as a function of ethnicity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 57, 173-193.
- Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J. & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352, 1190-96.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B. & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after the death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, 361, 363-367.
- Lichtenthal, W. G. & Cruess, D. G. (2010). Effects of directed written disclosure on grief and distress symptoms among bereaved individuals. *Death Studies*, 34, 475-499.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G. & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in *DSM-V*. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A. & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 791-812.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., .... Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 23-34.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B. & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34, 673-698.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U. & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung: Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau*, 58, 103-117.
- Lumbeck, G., Brandstätter, M. & Geissner, E. (2012). Erstvalidierung der deutschen Version des „Inventory of Complicated Grief“ (ICG-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41, 243-248.
- Lund, D., Caserta, M., Utz, R. & de Vries, B. (2010). Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model (DPM). *Omega: Journal of Death and Dying*, 61, 291-313.
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.) (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie: Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen*. Bern: Hans Huber.
- Maccallum, F. & Bryant, R. A. (2010). Attentional bias in complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 125, 316-322.

- Maercker, A. (1999). Psychotherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen und komplizierter Trauer. *Psychomed*, 11, 45-50.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381, 1683-1685.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153-162.
- Maercker, A. & Znoj, H. (2010). The younger sibling of PTSD: similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 1: 5558 – DOI: 10.3402/ejpt.v1i0.5558.
- Maercker, A. & Zoellner, T. (2004). The janus face of self-perceived growth: toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41-48.
- Mancini, A. D., Griffin, P. & Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 46-51.
- Mancini, A. D., Robinaugh, D., Shear, K. & Bonanno, G. A. (2009). Does attachment avoidance help people cope with loss? The moderating effects of relationship quality. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1127-1136.
- Maragos, M. (2003). Bindung und Posttraumatische Belastungsstörung. In W. Butollo und M. Hagl (Hrsg.), *Trauma, Selbst und Therapie* (S. 91-108), Bern: Huber.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., Wilner, N. R. & Kaltreider, N. B. (1988). A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 145, 203-209.
- Martinovich, Z., Saunders, S. & Howard, K. I. (1996). Some Comments on "Assessing Clinical Significance". *Psychotherapy Research*, 6, 124-132.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L. & Stern, R. S. (1981). Guided mourning for morbid grief: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- McCaslin, S. E., de Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Metzler, T. J. & Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan university students. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 334-339.
- McDermott, O. D., Prigerson, H. G., Reynolds, C. F., III, Houck, P. R., Dew, M. A., Hall, M., ... Kupfer, D. J. (1997). Sleep in the wake of complicated grief symptoms: an exploratory study. *Biological Psychiatry*, 41, 710-716.
- Melges, F. T. & DeMaso, D. R. (1980). Grief-resolution therapy: reliving, revising, and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51-61.

- Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J., Reynolds, C. F., III, Frank, E. & Shear, M. K. (2001). Comorbidity of axis 1 disorders in patients with traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 884-887.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B. & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 167-171.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2013). Attachment insecurities and disordered patterns of grief. In M. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Eds.), *Complicated Grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 190-203). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Miller, G. E., Chen, E. & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133, 25-45.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 475-482.
- Monk, T. H., Begley, A. E., Billy, B. D., Fletcher, M. E., Germain, A., Mazumdar, S., ... Zarotney, J. R. (2008). Sleep and circadian rhythms in spousally bereaved seniors. *Chronobiology International*, 25, 83-98.
- Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G. & Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 288-297.
- Morina, N., von Lersner, U. & Prigerson, H. G. (2011). War and bereavement: consequences for mental and physical distress. *PLoS ONE*, 6(7), e22140.
- Moskowitz, J. T., Folkman, S. & Acree, M. (2003). Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement? Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Studies*, 27, 471-500.
- Mostofsky, E., Maclure, M., Sherwood, J. B., Tofler, G. H., Muller, J. E. & Mittleman, M. A. (2012). Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: the determinants of myocardial infarction onset study. *Circulation*, 125, 491-496.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Neimeyer, R. A. (2010a). Grief counselling and therapy: a case for humility. *Bereavement Care*, 29(1), 4-7.
- Neimeyer, R. A. (2010b). Grief counselling and therapy: the case for hope. *Bereavement Care*, 29(2), 13-16.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M. & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 73-83.

- Neimeyer, R. A. & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.
- Neimeyer, R. A., Hogan, N. S. & Laurie, A. (2008). The measurement of grief: Psychometric considerations in the assessment of reactions to bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 133-161). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nicholson, R. A. & Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
- Nicolson, N. A. (2004). Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1012-1018.
- O'Connor, M. F. (2012). Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 141-148.
- O'Connor, M. F. (2013). Physiological mechanisms and the neurobiology of complicated grief. In M. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Eds.), *Complicated Grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 204-218). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- O'Connor, M. F. & Arizmendi, B. J. (2014). Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 12-18.
- O'Connor, M. F., Shear, M. K., Fox, R., Skritskaya, N., Campbell, B., Ghesquiere, A. & Glickman, K. (2013). Catecholamine predictors of complicated grief treatment outcomes. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 349-352.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R. & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*, 42, 969-972.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Olmstead, R. & Irwin, M. R. (2012). Diurnal cortisol in complicated and non-complicated grief: slope differences across the day. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 725-728.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., & Rosie, J. S. (2002). Interpersonal predictors of group therapy outcome for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 511-535.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S. & Bisconti, T. L. (2004). The role of daily positive emotions during conjugal bereavement. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S168-S176.
- Onrust, S. A. & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 10, 327-334.
- Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27, 249-272.

- Ott, C. H. & Lueger, R. J. (2002). Patterns of change in mental health status during the first two years of spousal bereavement. *Death Studies*, 26, 387-411.
- Ott, C. H., Lueger, R. J., Kelber, S. T. & Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 332-341.
- Papa, A., Sewell, M. T., Garrison-Diehn, C. & Rummel, C. (2013). A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy*, 44, 639-650.
- Park, C. L. & Lechner, S. C. (2006). Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: research and practice* (pp. 47-67). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Parkes, C. M. (2005-2006). Symposium on complicated grief. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52, 1-7.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pfoh, G. (2007). *Deutsche Übersetzung des PG-13: Das Interview zur Komplizierten Trauer - 13 (IKT-13)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Pfoh, G. (2012). *Complicated grief: Evaluating individual integrative cognitive-behavioral therapy for adults. A randomized controlled trial*. Berlin: Logos-Verlag.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F. & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 52, 1069-1074.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. & Weideman, R. (2009). Follow-up outcome in short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 13, 46-58.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Weideman, R. & Rosie, J. S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 116-125.
- Prigerson, H., Ahmed, I., Silverman, G. K., Saxena, A. K., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., ... Hamirani, M. (2002). Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies*, 26, 781-792.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., III, Shear, M. K., Day, N., ... Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T. & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484-1486.

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8): e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. A. W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Prigerson, H. & Maciejewski, P. (2008). *Prolonged Grief Disorder (PG-13) scale*. Boston: Dana-Farber Cancer Institute.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsome, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ... Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ramsay, R. W. (1977). Behavioural approaches to bereavement. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 131-135.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B., Jacobs, J. & Looi, J. (2013). Complicated grief in the context of other psychiatric disorders: PTSD. In M. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 129-141). New York, NY: Routledge/Taylor and Francis Group.
- Raphael, B., Minkov, C. & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 587-612). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reynolds, C. F., III, Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., ... Kupfer, D. J. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156, 202-208.
- Ringdal, G. I., Jordhoy, M. S., Ringdal, K. & Kaasa, S. (2001). The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliative Medicine*, 15, 91-105.

- Rosenblatt, P. C. (2008). Grief across cultures: a review and research agenda. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207-222). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenblatt, P. C. (2013). The concept of complicated grief: lessons from other cultures. In M. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Eds.), *Complicated Grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 27-39). New York, NY: Routledge/Taylor and Francis Group.
- Rosner, R. (2003). Traumatische Trauer: Von einem unklaren Konzept zu einer spezifischen Behandlung. In W. Butollo und M. Hagl (Hrsg.), *Trauma, Selbst und Therapie* (S. 75-90), Bern: Hans Huber.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2007). Was hilft bei Trauer nach interpersonalen Verlusten? Eine Literaturübersicht zu Behandlungsstudien bei Erwachsenen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 6, 47-54.
- Rosner, R., Kruse, J. & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34, 99-136.
- Rosner, R., Lumbeck, G. & Geissner, E. (2011). Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychotherapy Research*, 21, 210-218.
- Rosner, R., Pfoh, G. & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 7995 - doi: 10.3402/ejpt.v2i0.7995.
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M. & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56-63.
- Rosner, R., Pfoh, G., Rojas, R., Brandstätter, M., Rossi, R., Lumbeck, G., Kotoučová, M., Hagl, M. & Geissner, E. (2015). *Anhaltende Trauerstörung: Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie* (in Vorbereitung). Göttingen: Hogrefe.
- Rosner, R. & Wagner, B. (2009). Komplizierte Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 441-456) (3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.
- Rubin, S. S. (1999). The two-track model of bereavement: overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*, 23, 681-714.
- Rubin, S. S., Malkinson, R. & Witztum, E. (2008). Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: challenges, dilemmas, and opportunities. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 187-206). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 103-116.

- Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255-267). New York: Cambridge University Press.
- Sbarra, D. A. & Hazan, C. (2008). Coregulation, dysregulation, self-regulation: an integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Personality and Social Psychology Review*, 12, 141-167.
- Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009a). Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide. *Omega*, 59, 203-219.
- Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009b). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 298-306.
- Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J.-P. & Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*, 10:55. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-10-55.pdf> [10.1.2011].
- Schaal, S., Richter, A. & Elbert, T. (2014). Prolonged grief disorder and depression in a German community sample. *Death Studies*, 38, 476-481.
- Schaefer, J. A. & Moos, R. H. (2001). Bereavement experiences and personal growth. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 145-167). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D. & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 344-350.
- Schut, H. (2010). Grief counselling efficacy: have we learned enough? *Bereavement Care*, 29, 8-9.
- Schut, H. A. W., de Keijser, J., van den Bout, J. & Stroebe, M. S. (1996). Cross-modality grief therapy: description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 357-365.
- Schut, H. & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8(suppl. 1), s140-s147.
- Schut, H., Stroebe, M. S., van den Bout, J. & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shakespeare-Finch, J. & Armstrong, D. (2010). Trauma type and posttrauma outcomes: differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 69-82.
- Shapiro, S. S. & Wilk, M. B. (1965). An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika*, 52, 591-611. Verfügbar unter <http://links.jstor.org/sici?sici=0006->



3444%28196512%2952%3A3%2F4%3C591%3AAAOVTF%3E2.0.CO%3B2-B

[15.02.2014].

- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds III, C. F., Bilt, J. V. & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds III, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 293, 2601-2608.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A. & Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among project liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57, 1291-1297.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C. & Silowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 453-461.
- Shear, M. K. & Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 38, 662-670.
- Shear, K. & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47, 253-267.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103-117.
- Silver, R. C. & Wortman, C. B. (2007). The stage theory of grief (Leserbrief). *JAMA*, 297, 2692.
- Silverman, G. K., Johnson, J. G. & Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk of psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 202-215.
- Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., ... Shear, M. K. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1105-1110.
- Simon, N. M., Shear, M. K., Fagioli, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H., ... Silowash, R. (2008). Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Research*, 159, 31-36.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., ... Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395-399.
- Simons, A. D., Levine, J. L., Lustman, P. J. & Murphy, G. E. (1984). Patient attrition in a comparative outcome study of depression: a follow-up report. *Journal of Affective Disorders*, 6, 163-173.
- Sireling, L., Cohen, D. & Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy*, 19, 121-132.
- Solomon, R. M. & Rando, T. A. (2012). Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62, 231-239.

- Spilke, J. & Mielenz, N. (undatiert). Vergleich von Kriterien und Verfahren zur Modellwahl bei der multiplen linearen Regression. Verfügbar unter <http://saswiki.org/images/e/e2/10.KSFE-2006-Spilke-Vergleich-von-Kriterien-und-Verfahren-zur-Modellwahl-bei-der-multiplen-linearen-Regression.pdf> [28.05.2014].
- Sprang, G. (2001). The use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice*, 11, 300-320.
- Spuij, M., Deković, M. & Boelen, P. A. (2013). Advance online publication. An open trial of "Grief-Help": a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1877.
- Spuij, M., Prinzie, P., Dekovic, M., van den Bout, J. & Boelen, P. A. (2013). The effectiveness of *Grief-Help*, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14:395. Verfügbar unter <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/395> [12.07.2014].
- Spuij, M., van Londen-Huiberts, A. & Boelen, P. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: feasibility and multiple baseline study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 349-361.
- Stammel, N., Heeke, C., Bockers, E., Chhim, S., Taing, S., Wagner, B. & Knaevelsrud, C. (2013). Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the Khmer Rouge regime in Cambodia. *Journal of Affective Disorders*, 144, 87-93.
- Steketee, G. & Chambless, D. L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: 21st-century prospects. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 577-603). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of coping with bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61, 273-289.
- Stroebe, M., Schut, H. & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 259-268.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.
- Stroebe, M., Stroebe, W. & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2178-2180.
- Stroebe, W. (2008). Does social support help with marital bereavement? *Bereavement Care*, 27(1), 3-6.

- Sullivan, A. R. & Fenelon, A. (2014). Patterns of widowhood mortality. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 53-62.
- Sung, S. C., Dryman, M. T., Marks, E., Shear, M. K., Ghesquiere, A., Fava, M. & Simon, N. M. (2011). Complicated grief among individuals with major depression: Prevalence, comorbidity, and associated features. *Journal of Affective Disorders*, 134, 453-458.
- Supiano, K. P. & Luptak, M. (2013). Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *The Gerontologist*, doi:10.1093/geront/gnt076.
- Szanto, K., Shear, M. K., Houck, P. R., Reynolds III, C. F., Frank, E., Caroff, K. & Silowash, R. (2006). Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 233-239.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2006). Expert companions: posttraumatic growth in clinical practice. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: research and practice* (pp. 291-310). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: conceptual issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tracey, T. J. & Kokotovic, A. M. (1989). Factor Structure of the Working Alliance Inventory: Short Form. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M. & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367.
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., van den Bout, J. & Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies*, 34, 195-220.
- van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C. & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 566-573.
- van Dyck, R. (1996). Non-drug treatment for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl 3), 65-70.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M. & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of the associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 121-123.
- Vanderwerker, L. C. & Prigerson, H. G. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 45-57.

- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A., (2005). Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 409-432.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 156-161.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 625-629.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2008). An internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30 (Suppl. B), B47-B53.
- Wakefield, J. C. (2013a). The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*, 33, 825-845.
- Wakefield, J. C. (2013b). Is complicated/prolonged grief a disorder? Why the proposal to add a category of complicated grief disorder to the DSM-5 is conceptually and empirically unsound. In M. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 99 - 114). New York, NY: Routledge/Taylor and Francis Group.
- Walter, T. (2010). Grief and culture: a checklist. *Bereavement Care*, 29(2), 5-9.
- Wayment, H. A. & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129-149.
- WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf: World Health Organization, 1992.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. & Dijkstra, I. (2007a). Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. *Journal of Research in Personality*, 41, 498-505.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. G. M. & Dijkstra, I. (2007b). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 537-548.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interview: Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt a. M.: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78.
- Worden, W. J. (2011). *Beratung und Therapie in Trauerfällen* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hans Huber.
- Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15, 81-90.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Wortmann, J. H. & Park, C. L. (2008). Religion and spirituality in adjustment following bereavement: an integrative review. *Death Studies*, 32, 703-736.
- Zisook, S. & Kendler, K. S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, 37, 779-794.
- Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8, 67-74.
- Zisook, S. & Shuchter, S. R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1346-52.
- Zisook, S., Simon, N. M., Reynolds III, C. F., Pies, R., Lebowitz, B., Young, I. T., ... Shear, K. (2010). Bereavement, complicated grief and DSM, Part 2: complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1097-1098.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H. (2008). Texas-Revised Inventory of Grief: Validierung der deutschen Version TRIG-D. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2, 236-239.
- Znoj, H. J. (2009). Trauer. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3(5), 317-332.
- Znoj, H. J. & Maercker, A. (2008). Trauerarbeit und Therapie der komplizierten Trauer. In M. Linden und M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 410-415). Heidelberg: Springer Medizin.
- Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D. C., Seligman, K. & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 205-211.

# Anhang

	Seite
<b>Anhang 1:</b> Abkürzungsverzeichnis	199
<b>Anhang 2:</b> Verzeichnis englischsprachiger Ausdrücke	200
<b>Anhang 3:</b> Abbildungsverzeichnis	201
<b>Anhang 4:</b> Tabellenverzeichnis	203
<b>Anhang 5:</b> Flyer der Therapiestudie zur Komplizierten Trauer	205
<b>Anhang 6:</b> Postalisches Anschreiben an die Studienteilnehmer	206
<b>Anhang 7:</b> Nachbefragungsbogen	207
<b>Anhang 8:</b> Interview zur Komplizierten Trauer (IKT-13) <sup>2</sup>	213

---

<sup>2</sup> Die übrigen eingesetzten Erhebungsverfahren (SCL-90-R, PDS, PPR, SKID-II) werden hier nicht eignes aufgeführt, da sie bereits in publizierter Form vorliegen.

---

## Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis

ALM	Allgemeines Lineares Modell
ANCOVA	Analysis of Covariance (Kovarianzanalyse)
ANOVA	Analysis of Variance (Varianzanalyse)
BG	Behandlungsgruppe
CI	Konfidenzintervall
DPM	Duales Prozessmodell der Trauerbewältigung
ES	Effektstärke
GSI	Global Severity Index (Allgemeiner Schwereindex)
IKT-13	Interview zur Komplizierten Trauer – 13
IKVT-KT	Integrative kognitive Verhaltenstherapie für Komplizierte Trauer
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
ITT	Intent-To-Treat
KT	Komplizierte Trauer
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LOCF	Last Observation Carried Forward
NET	Narrative Expositionstherapie
PDS	Posttraumatische Diagnoseskala
PG-13	Prolonged Grief Disorder (PG - 13) Scale (Fragebogen zur Prolongierten Trauer)
PGD	Prolonged Grief Disorder (Anhaltende Trauerstörung)
PPR	Posttraumatische Persönliche Reifung (Fragebogen)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCI	Reliable Change Index
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte Kontrollgruppenstudie)
RGS	Residual Gain Score
SCL	Symptomcheckliste
WG	Wartegruppe

## Anhang 2: Verzeichnis englischsprachiger Ausdrücke

Baseline	Studienbeginn
Between-Effektstärke	Effektstärke zwischen zwei Studienarmen im direkten Gruppenvergleich
Completer	Personen, die die Therapie regulär beendeten (Therapie-Completer) bzw. an der Nachuntersuchung teilnahmen (Follow-Up-Completer) bzw. beides (Therapie+Katamnese-Completer)
Dropouts	Personen, die die Teilnahme an der Therapie ablehnten oder die Therapie vorzeitig beendeten
face-to-face	von Angesicht zu Angesicht
Follow-Up	Katamnese
Guided Mourning	geführtes oder angeleitetes Trauern
Intent-to-treat	alle Teilnehmer, die ursprünglich als therapiesuchend in die Studie mit aufgenommen wurden
Last-observation-caried forward	der letzte gemessene Wert wird in den nächsten Messzeitpunkt übernommen, sofern für diesen kein gültiger Wert vorliegt
Lost-to-Follow-Up	Personen, die nicht an der Katamnese teilnahmen
Outcome	Ergebnismaß, Endpunkt
Predelay	Vor der Wartezeit
Pretreatment	Vor der Therapie
Postdelay	Nach der Wartezeit
Posttreatment	Nach der Therapie
Score	Punktzahl
Within-Effektstärke	Effektstärke innerhalb einer Gruppe, zwischen zwei Messzeitpunkten



## Anhang 3: Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Das Duale Prozess-Modell nach Stroebe und Schut (1999)	25
Abb. 2: Störungsmodell der komplizierten Trauer nach Rosner, Pfoh et al. (2011)	27
Abb. 3: Darstellung der verschiedenen Messzeitpunkte und der dabei eingesetzten diagnostischen Verfahren	68
Abb. 4: Flussdiagramm zur Darstellung des Patientenflusses im Verlauf der Basis- und der Katamnese studie	69
Abb. 5: Therapiedauer (in Monaten) für die Therapie-Completer ( $n = 37$ )	76
Abb. 6: Boxplots zur Veranschaulichung der Trauersymptomentwicklung zwischen Pretreatment und Katamnese, getrennt nach Dropouts ( $n = 5$ ) und Therapie-Completern ( $n = 33$ )	112
Abb. 7: Fehlerbalkendiagramm zur Veranschaulichung der Trauersymptom-Entwicklung mittels Darstellung der mittleren Trauerwerte plus/minus den Standardfehler des Mittelwerts zum Pretreatment- und Katamnese-Zeitpunkt, getrennt nach Dropouts ( $n = 5$ ) und Therapie-Completern ( $n = 33$ )	112
Abb. 8: Interaktionsdiagramm zur Trauersymptomentwicklung innerhalb der Gruppen der Dropouts ( $n = 5$ ) und der Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 33$ ) vom Pretreatment- zum Follow-Up-Zeitpunkt (erstellt im Rahmen der SPSS-Ausgabe zu einer ANOVA/ALM mit Messwiederholung)	113
Abb. 9: Verlauf der Trauersymptomatik (Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervallen) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 33$ )	116
Abb. 10: Verlauf der Trauersymptomatik über die drei Messzeitpunkte, getrennt nach Therapie+Katamnese-Completern ( $n = 33$ ) und nachuntersuchten Dropouts ( $n = 5$ )	116
Abb. 11: Entwicklung des Diagnose-Status im Zeitraum zwischen Posttreatment und Katamnese für die 24 Therapie+Katamnese-Completer, welche zu Therapiebeginn die Diagnosekriterien einer komplizierten Trauer erfüllt hatten	118
Abb. 12: Entwicklung der klinischen Signifikanz im Katamneseintervall für die 31 Therapie+Katamnese-Completer, welche zum Pretreatment-Zeitpunkt über dem Cutoff-Wert von 31 Punkten im Trauerinterview lagen	122
Abb. 13: Verlauf der psychopathologischen Gesamtbelastung (SCL-90-R, GSI) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 32$ )	126
Abb. 14: Verlauf der posttraumatischen Symptombelastung (PDS) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 18$ )	129
Abb. 15: Verlauf des posttraumatischen Wachstums (PPR, Gesamtwert) über drei Messzeitpunkte für die Therapie+Katamnese-Completer ( $n = 33$ )	130
Abb. 16: Korrelationen der Pretreatment-Katamnese-Gain-Scores der klinischen Outcome-Variablen mit den Pretreatment- und den Follow-Up-Werten posttraumatischen Wachstums bezogen auf die 33 Therapie+Katamnese-Completer	132
Abb. 17: Verlauf der Trauerschwere über die drei Messzeitpunkte für die Gruppen mit kürzerem versus längerem Zeitabstand zum Verlust innerhalb der Gesamtstichprobe ( $N = 51$ ; Median = 2.0)	141
Abb. 18: Anteil an Personen mit Kontaktaufnahme zu verschiedenen Hilfsangeboten während des Katamnese-Intervalls innerhalb der Katamnese-Stichprobe	146
Abb. 19: Anzahl in Anspruch genommener Psychotherapiesitzungen während des Katamnese-Intervalls durch die Katamnese-Teilnehmer ( $n = 40$ )	147

---

Abb. 20:	Prozentualer Anteil der Katamnese-Teilnehmer mit Inanspruchnahme weiterer ambulanter oder stationärer Psychotherapie während des Katamnese-Intervalls	147
Abb. 21:	Verlauf der KT-Schwere über drei Messzeitpunkte, getrennt nach Patienten mit (n = 9) und ohne (n = 23) Therapieverlängerung an der LMU-Ambulanz	149
Abb. 22:	Ankreuzverhalten der Katamnese-Teilnehmer hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen der Trauer-Therapie (N = 37)	152
Abb. 23:	Häufigkeit der Angabe von Abbruchgründen innerhalb der einzelnen Antwortkategorien (n = 7; Mehrfachangaben möglich)	154

## Anhang 4: Tabellenverzeichnis


	Seite
Tabelle 1: Gegenüberstellung der Diagnosekriterien nach Prigerson et al. (2009) und Shear et al. (2011)	10
Tabelle 2: Übersicht über randomisierte, kontrollierte Effektivitätsstudien zur Einzel-Psychotherapie von komplizierten Trauerreaktionen bei Erwachsenen	38
Tabelle 3: Effektstärken und klinische Signifikanz neuerer Psychotherapie-Studien zu komplizierter Trauer	52
Tabelle 4: Prä-Katamnese-Effektstärken und klinische Signifikanz relevanter Vergleichsstudien	68
Tabelle 5: Sitzungsinhalte und Behandlungsstrategien der IKVT-KT (nach Rosner et al., 2011)	74
Tabelle 6: Soziodemographische und verlustbezogene Charakteristik der Stichprobe (Baseline)	80
Tabelle 7: Klinische Charakteristik der Stichprobe (Baseline)	82
Tabelle 8: Posttraumatisches Wachstum der Stichprobe (Baseline)	83
Tabelle 9: Screening pathologischer Persönlichkeitsmerkmale der Stichprobe (Baseline)	84
Tabelle 10: Die 13 Items des IKT-13 und ihre Zuordnung zu den Diagnosekriterien	87
Tabelle 11: Signifikante Unterschiede zwischen Follow-Up-Completern und Lost-to-Follow-Up	106
Tabelle 12: (Marginal) Signifikante Unterschiede zwischen Behandlungsgruppe und Wartegruppe	107
Tabelle 13: (Marginal) Signifikante Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts innerhalb der relevanten Follow-Up-Completer-Stichprobe	109
Tabelle 14: (Marginal) Signifikante Unterschiede zwischen Therapie-Completern und Dropouts innerhalb der Gesamtstichprobe (ITT)	109
Tabelle 15: Ergebnisse des Pretreatment-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Trauerschwere	111
Tabelle 16: Ergebnisse des Posttreatment-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Trauerschwere	114
Tabelle 17: Erfüllung der Diagnosekriterien einer komplizierten Trauer zu drei Messzeitpunkten sowie Erlangen einer Remission (Ablegen der Diagnose)	117
Tabelle 18: Statistisch reliable Veränderungen in der Symptomschwere komplizierter Trauer zwischen Prä-, Post- und Katamnesemessung ( $D_{\text{krit}} = 11$ Punkte)	120
Tabelle 19: Statistisch reliable plus klinisch bedeutsame Veränderungen in der Symptomschwere komplizierter Trauer zwischen Prä-, Post- und Katamnesemessung („Responder“; $D_{\text{krit}} = 11$ Punkte, Cutoff-Wert für die „nicht-krank Population“ = 31 Punkte)	121
Tabelle 20: Ergebnisse des Prä-Katamnese-Vergleichs bezüglich der psychopathologischen Belastung (SCL-90-R)	124
Tabelle 21: Ergebnisse des Post-Katamnese-Vergleichs bezüglich der psychopathologischen Belastung (SCL-90-R)	125
Tabelle 22: Ergebnisse des Prä-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Tertiärmaße „posttraumatische Belastung“ und „posttraumatisches Wachstum“	127

---


Tabelle 23:	Ergebnisse des Post-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Tertiärmaße „posttraumatische Belastung“ und „posttraumatisches Wachstum“	128
Tabelle 24:	Ergebnisse des Prä-Katamnese-Vergleichs bezüglich der Subskalen posttraumatischen Wachstums (PPR)	131
Tabelle 25:	Signifikante Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern	134
Tabelle 26:	Korrelationen zwischen in Frage kommenden Prädiktoren und den Trauer-RGSs zwischen Pretreatment, Posttreatment und Katamnese (Completer und ITT)	135
Tabelle 27:	Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Prä-Post	138
Tabelle 28:	Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Post-Katamnese	139
Tabelle 29:	Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Prä-Katamnese (Completer-Analyse)	139
Tabelle 30:	Multiple lineare Regression zur Vorhersage des Trauer-Residual-Gain-Scores Prä-Katamnese (ITT-Analyse)	140
Tabelle 31:	Subjektive Einschätzung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen durch die Follow-Up-Completer	142
Tabelle 32:	Signifikante Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen und dem Katamnese-Trauer-Outcome	143
Tabelle 33:	Subjektive Einschätzung der Veränderungen seit dem Therapieende bzw. dem Dropout-Zeitpunkt in drei Bereichen durch die Follow-Up-Completer	144
Tabelle 34:	KT-Symptomatik und Effektstärken für die Patienten mit und ohne Therapieverlängerung an der Hochschulambulanz (Therapie+Katamnese-Completer)	149
Tabelle 35:	Bewertung der Trauer-Therapie durch die Follow-Up-Completer	151
Tabelle 36:	Korrelationen zwischen den Therapiebewertungs-Items und der Trauerschwere zum Katamnese-Zeitpunkt	151

## Anhang 5: Flyer der Therapiestudie zur Komplizierten Trauer

1. Sie haben einen nahe stehenden Menschen durch Tod verloren. Dabei kann es sich sowohl um einen natürlichen Tod als auch um einen gewaltsamen, einen verführten Tod oder um eine Totgeburt oder Abtreibung handeln.
2. Dieser Verlust liegt mindestens 6 Monate, manchmal sogar viele Jahre, zurück.
3. Sie haben körperliche oder seelische Beschwerden oder Sie haben Schwierigkeiten mit alltäglichen Aufgaben und Aktivitäten umzugehen. Diese Beschwerden bestehen schon seit mindestens 4 Monaten.
4. Sie nehmen derzeit nicht schon an einer anderen Psychotherapie teil. Ausgenommen sind Selbsthilfegruppen oder ähnliches.
5. Sie sind mindestens 18 Jahre alt.




Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
der LMU München



Adresse: Leopoldstr.13, 80802 München  
Telefon: 089/2180-5225  
Fax: 089/34 78 63  
Email: ambulan@psy.uni.muenchen.de

Verhaltenstherapie  
für  
**KOMPLIZIERTE  
TRAUER**



Psychotherapeutische  
Hochschulambulanz  
der LMU München

Ab Oktober 2006 bietet die Psychotherapeutische Hochschulambulanz der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München im Rahmen einer Forschungsstudie eine neue Form der Einzeltherapie für Komplizierte Trauer an. Die Behandlung findet tagsüber oder abends in den Räumen der LMU in München-Schwabing statt. Die psychotherapeutische Betreuung der Patienten erfolgt durch Psychologen und ausgebildete Fachkräfte. Wenn Sie mehr darüber wissen wollen oder wenn Sie Sich anmelden möchten, rufen Sie uns an. Sie erreichen das Geschäftsbüro der Hochschulambulanz montags bis freitags zwischen 10 und 13 Uhr unter 089 / 2180-5225.

Trauer

Was Trauer ist, müssen wir irgendwann alle erfahren. Der Tod eines nahe stehenden Menschen bedeutet einen tiefen Lebenschnitt für die Hinterbliebenen. Darauf reagieren wir Menschen sehr verschieden. Obwohl jeder Mensch seine Trauer ganz individuell erlebt, sind viele der Trauerreaktionen bei den meisten Menschen eines Kulturkreises doch ganz ähnlich. Auch der Verlauf und die Dauer dieser Reaktionen ähneln sich. Nach einer gewissen Zeit fällt es wieder leichter sich den Aufgaben des Alltags zu widmen. Trauer ist somit ein zwar schmerzlicher aber auch natürlicher Prozess, der meistens keiner professionellen Hilfe bedarf.

Komplizierte Trauer

Von **Komplizierter Trauer** spricht man, wenn sich die Trauerreaktionen von denen der meisten anderen Menschen in ihrer Intensität und ihrer Dauer unterscheiden. Der quälende Zustand will kein Ende nehmen. Die Sehnsucht nach der verstorbenen Person ist intensiv, die Einsamkeit fast erdrückend und der Verlust bleibt unfassbar. Manchmal entwickeln sich auch Schuldgefühle oder Ängste und die Gedanken kreisen ständig um die verstorbene Person. Andere Trauernde verbannen alle Erinnerungen, alle Gedanken und Gefühle an die verstorbene Person. Der Name wird nicht ausgesprochen oder das Grab wird nicht besucht. Alles, was an den Tod oder die verstorbene Person erinnert, wird vermieden. Für all diese Hinterbliebenen gibt es auch mehrere Monate nach dem Verlust noch immer keine spürbare Besserung. Für manche Trauernde ist es sogar mehrere Jahre nach dem Tod der verstorbenen Person noch immer nicht möglich, den Alltag zufrieden stellend zu bewältigen. Die Trauer hat das Leben kompliziert gemacht. Jetzt ist es an der Zeit, sich nach professioneller Hilfe umzusehen.

- ◆ Unsere speziell entwickelte Therapie soll helfen, die Komplizierte Trauer zu bewältigen.
- ◆ Ziel ist, das Leben wieder erträglicher und lebenswerter werden zu lassen.
- ◆ Die verstorbene Person behält ihren ehrenvollen und gebührenden Platz im nun veränderten Leben der Hinterbliebenen.

Therapie für Komplizierte Trauer



Wenn Sie an einer Therapie für Komplizierte Trauer interessiert sind und die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Studie erfüllen (s. nächste Seite), finden nach dem telefonischen Aufnahmegespräch zunächst einige diagnostische Sitzungen statt. Entsprechend der Situation wird danach der Behandlungsbeginn festgelegt. Unter Umständen bedarf es einer Wartezeit bis zum Beginn der Behandlung.

Während der etwa 20-wöchigen Therapie treffen wir uns dann gewöhnlich einmal pro Woche. Entsprechend Ihrer individuellen Beschwerden wird unsere Behandlung aus verschiedenen, bereits bewährten Elementen ausgewählt und zusammengestellt. Eine beiderseits aktive Zusammenarbeit erhöht die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie. Von Zeit zu Zeit bitten wir unsere Patienten zwischen zwei Sitzungen kurze schriftliche Beiträge für ihre Behandlung zu erarbeiten und diese dann zu den Sitzungen mitzubringen. Neben therapeutischen Gesprächen ist sowohl die Teilnahme an praktischen Übungen und Familiensitzungen als auch ein Abschiedsritual Teil des Therapieangebotes.

Zum Abschluss der gesamten Behandlung führen wir noch einmal eine Befragung durch, um zu sehen, wie hilfreich die Therapie war.



## Anhang 6: Postalisches Anschreiben an die Studienteilnehmer Version C (Completer)

	LUDWIG- MAXIMILIANS- UNIVERSITÄT MÜNCHEN	DEPARTMENT PSYCHOLOGIE  PSYCHOTHERAPEUTISCHE HOCHSCHULAMBULANZ FÜR ANGST- UND TRAUMASTÖRUNGEN	
---	---	--	---

LMU · Leopoldstr. 13 · 80802 München

Herrn/Frau

... (Name)

... (Adresse)

Angst- und Traumaambulanz

Telefon +49 (0)89 2180-5225

Telefax +49 (0)89 347863

ambulanz@psy.uni-muenchen.de

www.lmu.de

Postanschrift  
Leopoldstr. 13  
80802 München

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

—

Unser Zeichen

—

München, 16.12.2010

**Nachbefragung zur Studie „Therapie der komplizierten Trauer“**

Sehr geehrte/r Frau/Herr ...,

wir wenden uns heute an Sie, da Sie an unserer Studie zur Therapie der komplizierten Trauer teilgenommen haben. Vielleicht erinnern Sie sich, dass Sie zu Beginn der Therapie darauf hingewiesen wurden, dass nach Ablauf einer bestimmten Zeit nach dem Abschluss der Therapie noch einmal eine Nachbefragung stattfinden wird.

Da wir lange keinen Kontakt mehr zu Ihnen hatten, möchten wir sehr gerne wissen, wie es Ihnen mittlerweile geht. Deswegen würden wir gerne noch einmal persönlich mit Ihnen sprechen und eine Anschluss-Diagnostik durchführen. Aus diesem Grund werden wir Sie in den nächsten Tagen anrufen, um einen persönlichen Termin zu vereinbaren.

Gleichzeitig möchten wir Sie darum bitten, die beiliegenden Fragebögen auszufüllen und uns vor dem Gesprächstermin in dem frankierten Rückumschlag zurückzusenden bzw. sie zu diesem Termin mitzubringen. Dadurch wird sich das anschließende persönliche Gespräch sehr verkürzen lassen bzw. können eventuelle, beim Ausfüllen entstandene Unklarheiten, geklärt werden.

Ihre Angaben werden gemäß der Schweigepflicht und Datenschutzbestimmungen selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Die Daten werden codiert, vollkommen anonymisiert und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Falls Sie telefonisch schwer zu erreichen sein sollten oder sich Ihre Telefonnummer mittlerweile geändert hat, oder wenn es Ihnen lieber ist, uns anzurufen, können Sie uns an folgenden Tagen zu der angegebenen Zeit unter nachfolgender Telefonnummer erreichen:

Montag	... Uhr
Dienstag	... Uhr
Mittwoch und Donnerstag	... Uhr

Frau ... (Name der Diplomandin)                      Telefon: ...

Wir hoffen, dass es Ihnen gut geht, und wir würden uns über Ihre Mitwirkung sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Rita Rosner	Gabriele Pfoh, MSW	(Name d. Diplomandin)
-----------------------	--------------------	-----------------------

Dienstgebäude Leopoldstr. 13, Haus 3, 1. Stock, Raum 3102 80802 München	Öffentliche Verkehrsmittel U-Bahn: U 3, U6 Giselastraße	Bayerische Landesbank München Kto. 24 868 BLZ 700 500 00 USt-IdNr. DE 811 205 325
---	---	---

**Anmerkung.** Die Versionen D1 (Therapie-Ablehner) und D2 (Therapie-Abbrecher) unterscheiden sich von der hier abgedruckten lediglich in der Formulierung des Eingangssatzes: Es wurde darin auf die ursprüngliche Absicht zur Teilnahme bzw. begonnene Therapie und auf die anschließende Meinungsänderung bzw. vorzeitige Beendigung der Therapie Bezug genommen.

## Anhang 7: Nachbefragungsbogen

Version D2 (Therapie-Dropouts), Seite 1

**Nachbefragungsbogen-KT (D2)**

Datum: \_\_\_\_\_

Von der Ambulanz auszufüllen: Code: \_\_\_\_\_

Bitte benutzen Sie für die Beantwortung die vorgegebenen Antwortkästchen oder leeren Zeilen.  
Für Kommentare und individuellere Aussagen ist am Ende des Fragebogens Platz.  
Bitte beantworten Sie die Fragen spontan und ehrlich.

**Anmerkung:** Mit „damals“ ist der Zeitpunkt gemeint, an dem Sie die Therapie der komplizierten Trauer an der Hochschulambulanz beendet haben.

1. Wie zufrieden (von 1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden) sind Sie derzeit mit ...

	sehr unzufrieden						sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	
... Ihrer Arbeitssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihrer Wohnsituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihrer finanziellen Lage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihrer Gesundheit (körperlich und psychisch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihrer familiären Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihren Beziehungen (Partnerschaft, Freunde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Ihrem Leben <u>insgesamt</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Wie hat sich Ihr körperlicher Gesundheitszustand seit *damals* verändert?

deutlich verschlechtert    etwas verschlechtert    nicht verändert    etwas gebessert    deutlich gebessert

☐                      ☐                      ☐                      ☐                      ☐

3. Wie hat sich Ihr seelisches Wohlbefinden seit *damals* verändert?

deutlich verschlechtert    etwas verschlechtert    nicht verändert    etwas gebessert    deutlich gebessert

☐                      ☐                      ☐                      ☐                      ☐

4. Wie hat sich Ihre allgemeine Lebenszufriedenheit seit *damals* verändert?

deutlich verschlechtert    etwas verschlechtert    nicht verändert    etwas gebessert    deutlich gebessert

☐                      ☐                      ☐                      ☐                      ☐

5. Falls Sie berufstätig sind: Wie viele Wochen sind Sie seit *damals* insgesamt arbeitsunfähig/krankgeschrieben gewesen?

- ☐ Ich bin nicht berufstätig.
- ☐ Ich war stets arbeitsfähig.
- ☐ Ich war ca. \_\_\_\_\_ Wochen arbeitsunfähig/krankgeschrieben.

6. Nehmen Sie, im Vergleich zu der Zeit der Therapie bei uns, derzeit mehr oder weniger Medikamente ein?

- ☐ Ich nahm weder damals noch nehme ich jetzt Medikamente ein.
- ☐ Ich nehme jetzt mehr Medikamente ein.
- ☐ Ich nehme jetzt weniger Medikamente ein.
- ☐ Ich nehme jetzt genauso viele Medikamente ein wie damals.

## Nachbefragungsbogen (Version D2, Seite 2)

7. Gab es seit damals Ereignisse, die für Sie belastend waren? (Mehrfachnennungen möglich!)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> weiterer Todesfall                   | <input type="checkbox"/> Verlust von Besitz               |
| <input type="checkbox"/> Verlust oder Wechsel der Arbeit      | <input type="checkbox"/> Verlust oder Wechsel der Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Ende einer persönlichen Beziehung    | <input type="checkbox"/> Krankheit, Unfall, Behinderung   |
| <input type="checkbox"/> Stationäre psychiatrische Behandlung | <input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis: _____        |

8. Wie belastend waren für Sie, pauschal betrachtet, die bei der letzten Frage angekreuzten Ereignisse?

- ☐ gering belastend
- ☐ deutlich belastend
- ☐ ganz erheblich belastend

9. Sind seit damals neue andere seelische oder körperliche Beschwerden aufgetreten?

- ☐ nein
- ☐ ja, neue andere **körperliche** Beschwerden: \_\_\_\_\_
- ☐ ja, neue andere **seelische** Beschwerden: \_\_\_\_\_

10. Wie häufig hatten Sie seit damals wegen Ihrer Trauersymptomatik durchschnittlich Kontakt zu.....  
(Bitte beantworten Sie jede einzelne Frage)

	nie	seltener als 1 x pro Monat	1 x pro Monat	2-3 x pro Monat	4 x pro Monat oder häufiger
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchliche Dienste/Pfarrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges* (z.B. Heilpraktiker):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bitte hier näher bezeichnen:

\_\_\_\_\_

11. Bitte dokumentieren Sie hier ganz genau alle ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen seit damals  
(keine reinen Beratungen):

	Sitzungsanzahl	Dauer in Monaten	Art der Therapie*	vorzeitig beendet	regulär beendet	aktuell noch weiterlaufend	Therapie war hilfreich
1. ambulante Therapie	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ambulante Therapie	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ambulante Therapie	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* bitte setzen Sie hier folgende Abkürzungen ein:

VT für Verhaltenstherapie

PA für psychoanalytische oder tiefenpsychologische Psychotherapie

SO für sonstige Psychotherapieformen (bitte näher bezeichnen: \_\_\_\_\_)



## Nachbefragungsbogen (Version D2, Seite 3)

12. Wie viele Wochen waren Sie seit *damals* in psychotherapeutischer, psychosomatischer oder psychiatrischer stationärer Behandlung?

☐ Ich befand mich in keiner stationären Behandlung.

☐ Ich befand mich für insgesamt \_\_\_\_\_ Wochen in stationärer Behandlung.

→ Um die Therapie der komplizierten Trauer noch weiter verbessern zu können, sind wir auf die Rückmeldung Ihrer persönlichen Eindrücke angewiesen:

13. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

ausgezeichnet

☐

gut

☐

weniger gut

☐

schlecht

☐

14. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie sich erwarteten?

eindeutig nicht

☐

eigentlich nicht

☐

im Allgemeinen ja

☐

eindeutig ja

☐

15. Würden Sie einem Freund/einer Freundin diese Behandlung empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

eindeutig nicht

☐

ich glaube nicht

☐

ich glaube ja

☐

eindeutig ja

☐

16. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

sehr zufrieden

☐

weitgehend zufrieden

☐

eher unzufrieden

☐

sehr unzufrieden

☐

17. Wie fanden Sie die Beziehung zu Ihrer Therapeutin während der Therapiesitzungen?

sehr gut

☐

gut

☐

schlecht

☐

sehr schlecht

☐

18. Wie hat sich Ihr allgemeiner Zustand durch die Therapie verändert?

deutlich verbessert

☐

verbessert

☐

verschlechtert

☐

deutlich verschlechtert

☐

19. Wie sehr hat Ihnen die Therapie dabei geholfen, Ihr Schicksal annehmen zu können?

überhaupt nicht

☐

ein wenig

☐

erheblich

☐

ganz erheblich

☐

## Nachbefragungsbogen (Version D2, Seite 4)

20. Wie hat sich die begonnene Therapie der komplizierten Trauer im Rückblick insgesamt auf Sie ausgewirkt?

- ☐ **Sehr negativ** (Meine Schwierigkeiten haben deutlich zugenommen).
- ☐ **Negativ** (Meine Schwierigkeiten haben zugenommen).
- ☐ **Etwas negativ** (Meine Schwierigkeiten haben eher etwas zugenommen).
- ☐ Die Therapie hat für mich **keine feststellbaren Auswirkungen** gehabt, weder positiver noch negativer Art.
- ☐ **Etwas positiv** (Ansatzweise konnten einige Schwierigkeiten gelöst werden)
- ☐ **Positiv** (Die meisten Schwierigkeiten konnte ich angehen oder beseitigen)
- ☐ **Sehr positiv** (Alle wesentlichen Schwierigkeiten konnten gelöst werden).

21. Was an der Therapie fanden Sie gut?

---

---

---

22. Was an der Therapie fanden Sie schlecht?

---

---

---

23. Was hätten Sie sich noch gewünscht, was hat Ihnen gefehlt?

---

---

---

→ Wir möchten gerne besser verstehen, warum die Therapie manchmal vorzeitig beendet wird. Durch die Angabe Ihrer ganz persönlichen Gründe können Sie uns dabei sehr behilflich sein.

24. Was waren die Gründe dafür, dass Sie sich *damals* für das vorzeitige Beenden der Therapie an der Hochschulambulanz entschieden?

---

---

---

---

## Nachbefragungsbogen (Version D2, Seite 5)

25. Nachfolgend sind verschiedene Gründe genannt, die für manche Personen eine Rolle spielen, wenn sie sich entscheiden, die Therapie vorzeitig zu beenden. Bitte kreuzen Sie für jeden einzelnen der Gründe an, ob dieser auch für Sie eine Rolle gespielt hat?

	Ja (spielte eine Rolle)	Nein (spielte keine Rolle)
<b>A. Praktische Gründe</b>		
1. Zeit-/Terminprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anfahrt schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. keine Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wohnortwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>B. Die Hochschulambulanz</b>		
1. zu unpersönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wartebereich zu öffentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uni-Gebäude nicht gefallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Personal unfreundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>C. Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie</b>		
1. zu viele Fragebögen/Interviews	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Videoaufzeichnungen unangenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Angst vor Datenschutzverletzung/Indiskretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gefühl, ein „Versuchskaninchen“ zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zuteilung zur Wartegruppe unzumutbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>D. Die Therapie</b>		
1. hat zu viel aufgewühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. war zu anstrengend / zu aufwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hat nicht geholfen bzw. hat's schlimmer gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich musste Fremden zu viel Persönliches preisgeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ich hatte Angst, durch die Therapie die verstorbene Person für immer zu vergessen/zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>E. Die Therapeutin</b>		
1. war mir unsympathisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. konnte sich nicht in mich einfühlen / mich nicht verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. gab mir keine Wertschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. wollte ihrerseits die Therapie beenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>F. Persönliche Gründe</b>		
1. es ging mir schon wieder besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ich fühlte mich psychisch krank gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ich hatte keine Lust mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich hatte zu viel privaten/beruflichen Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ich bekam Konflikte mit meinem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

## Nachbefragungsbogen (Version D2, Seite 6)

26. Wenn Sie uns jetzt noch irgendetwas sagen möchten, so können Sie dies hier gerne tun:

---

---

---

---

*Wir danken Ihnen sehr für Ihre Bemühungen!*

*Anmerkung.* Die Version C (Completer) unterscheidet sich von der hier abgedruckten im Fehlen der Items 24 und 25 (Angabe der Abbruchgründe). Die Version D1 (Therapie-Ablehner) unterscheidet sich von der hier abgedruckten durch das Fehlen der Items 13 bis 23 (Therapiebewertung).

## Anhang 8: Interview zur Komplizierten Trauer (IKT-13), Seite 1

Chiffre: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Erhebungsbogen für Komplizierte Trauer – Interview**

Nach Prigerson / Maciejewski, 2007; Dt. Übersetzung: G. Pfoh, 2007

**Auswertung:**

**Ereignis:** Der / die Befragte muss den Verlust eines nahe stehenden Menschen durch Tod erlebt haben.

**Trennungsangst:** Fragen 1. und 2. müssen mit „(4)“ oder „(5)“ beantwortet werden.

**Kognitive, emotionale oder Verhaltensmerkmale:** Fünf Antworten der Fragen 3. bis 11. müssen mit „4“ oder „5“ beantwortet werden.

**Dauer:** Die Symptome müssen mindestens 6 Monate seit Beginn der Trennungsangst andauern. D.h. Frage 12. muss mit „Ja“ (5) beantwortet werden.

**Einschränkungen:** Frage 13. muss mit „Ja“ (5) beantwortet werden.

**Die Fragen 1. bis 11. beziehen sich auf den letzten Monat.**

**Bitten jeweils eine Antwort pro Frage ankreuzen:**

Während des letzten Monats.....

1. ....wie oft hatten Sie Sehnsucht oder starkes Verlangen nach der verstorbenen Person?  
☐ Überhaupt nicht (1)  
☐ Mindestens einmal (2)  
☐ Mindestens einmal pro Woche (3)  
☐ Mindestens einmal pro Tag (4)  
☐ Mehrmals täglich (5)
2. ....wie oft erlebten Sie intensive Gefühle von Schmerz, Wehmut oder Trauer im Bezug auf die verstorbene Person?  
☐ Überhaupt nicht (1)  
☐ Mindestens einmal (2)  
☐ Mindestens einmal pro Woche (3)  
☐ Mindestens einmal pro Tag (4)  
☐ Mehrmals täglich (5)



## Interview zur Komplizierten Trauer (IKT-13), Seite 2

3. ....wie oft versuchten Sie, die Erinnerung von sich zu schieben, dass die verstorbene Person tatsächlich nicht mehr da ist?
- ☐ Überhaupt nicht (1)
  - ☐ Mindestens einmal (2)
  - ☐ Mindestens einmal pro Woche (3)
  - ☐ Mindestens einmal pro Tag (4)
  - ☐ Mehrmals täglich (5)
4. ....wie oft waren Sie bezüglich des Todes fassungslos, schockiert oder benommen?
- ☐ Überhaupt nicht (1)
  - ☐ Mindestens einmal (2)
  - ☐ Mindestens einmal pro Woche (3)
  - ☐ Mindestens einmal pro Tag (4)
  - ☐ Mehrmals täglich (5)
5. Fühlten Sie sich ratlos bezüglich Ihrer Lebenslage oder hatten Sie das Gefühl eines geminderten Selbst (z.B. so als ob ein Teil Ihrer Selbst gestorben wäre)?
- ☐ Überhaupt nicht (1)
  - ☐ Kaum (2)
  - ☐ Ein wenig (3)
  - ☐ Ziemlich (4)
  - ☐ Sehr (5)
6. Fällt es Ihnen schwer Ihren Verlust zu akzeptieren?
- ☐ Überhaupt nicht (1)
  - ☐ Kaum (2)
  - ☐ Ein wenig (3)
  - ☐ Ziemlich (4)
  - ☐ Sehr (5)
7. Fällt es Ihnen seit Ihrem Verlust schwer, anderen Menschen zu vertrauen?
- ☐ Überhaupt nicht (1)
  - ☐ Kaum (2)
  - ☐ Ein wenig (3)
  - ☐ Ziemlich (4)
  - ☐ Sehr (5)
8. Sind Sie verbittert über Ihren Verlust?
- ☐ Überhaupt nicht (1)
  - ☐ Kaum (2)
  - ☐ Ein wenig (3)
  - ☐ Ziemlich (4)
  - ☐ Sehr (5)

## Interview zur Komplizierten Trauer (IKT-13), Seite 3

9. Glauben Sie, dass es jetzt schwierig für Sie ist, Ihr Leben weiterzuführen (z.B. neue Freunde zu finden, neue Interessen zu verfolgen)?
- \_\_\_\_\_ Überhaupt nicht (1)  
 \_\_\_\_\_ Kaum (2)  
 \_\_\_\_\_ Ein wenig (3)  
 \_\_\_\_\_ Ziemlich (4)  
 \_\_\_\_\_ Sehr (5)
10. Fühlen Sie sich wie betäubt seit Ihrem Verlust?
- \_\_\_\_\_ Überhaupt nicht (1)  
 \_\_\_\_\_ Kaum (2)  
 \_\_\_\_\_ Ein wenig (3)  
 \_\_\_\_\_ Ziemlich (4)  
 \_\_\_\_\_ Sehr (5)
11. Kommt Ihnen Ihr Leben seit Ihrem Verlust unerfüllt, leer und bedeutungslos vor?
- \_\_\_\_\_ Überhaupt nicht (1)  
 \_\_\_\_\_ Kaum (2)  
 \_\_\_\_\_ Ein wenig (3)  
 \_\_\_\_\_ Ziemlich (4)  
 \_\_\_\_\_ Sehr (5)
- 
12. Für alle bisherigen Fragen, die mit (2), (3), (4) oder (5) beantwortet wurden: Hatten Sie diese Erfahrungen seit mindestens sechs Monaten?
- \_\_\_\_\_ Nein (1)  
 \_\_\_\_\_ Ja (5)
13. Bemerkten Sie eine deutliche Einschränkung Ihrer Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld (z.B. im häuslichen Umfeld)?
- \_\_\_\_\_ Nein (1)  
 \_\_\_\_\_ Ja (5)

**Der Gesamtwert für die Diagnose „Komplizierte Trauer“ liegt bei mindestens 38 Punkten und erfordert zusätzlich die Einhaltung der zu Beginn genannten Auswertungskriterien.**

Diagnose „Komplizierte Trauer“ erfüllt?	Nein	JA
Punktzahl:		